

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 193

THÈSE

N°

718

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Joseph BRANDY

Né le 13 Mai 1904, à MARMANDE (Lot-et-Garonne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TYPHO - BACILLOSE

Président : Monsieur F. BEZANÇON, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 193

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Joseph BRANDY

Né le 13 Mai 1904, à MARMA NDE (Lot-et-Garonne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TYPHO - BACILLOSE

Président : Monsieur F. BEZANÇON, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie	FEY	Urologie.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BÉNARD Et.	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale
BRQCQ	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BULLIARD	Histologie.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
DONZELOT	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.

MM.

HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphil-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 AUBERTIN ..
 BRULE
 CHIRAY
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 BASSET
 CADENAT
 HEITZ-BOYER .
 MOCQUOT
 MOURE
 SCHWARTZ

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale

MM.

GUENIOT
 LE LORIER....
 LEVY-SOLAL ..
 METZGER

Clinique obstétricale.

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 FREY Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur BEZANÇON

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui a bien voulu nous faire le très grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*En témoignage respectueux de notre
reconnaissance.*

A Notre Maître

Monsieur le Docteur RIST

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Officier de la Légion d'Honneur

*hommage de respectueuse admiration, de
reconnaissance et de profond attachement.*

A Notre Maître

Monsieur le Docteur COMTE

Médecin honoraire des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*en témoignage de notre respectueuse
affection et de notre gratitude pour la
grande bienveillance qu'il nous a toujours
témoignée.*

A Notre Maître

Monsieur le Docteur Henri BENARD

Professeur agrégé de Pathologie médicale

à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*hommage de notre respectueux attache-
ment et de notre reconnaissance pour son
précieux enseignement.*

A Monsieur le Docteur POIX

Vice-Président du Comité national
de Défense contre la Tuberculose
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a inspiré ce travail, hommage
respectueux de notre très vive reconnais-
sance pour les précieux conseils qu'il
nous a donnés, et pour la sollicitude qu'il
n'a cessé de nous témoigner.*

A Monsieur le Docteur Robert AZOULAY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

*en témoignage de notre reconnaissance
pour les conseils éclairés dont il nous a
entouré et pour la bienveillance qu'il
n'a cessé de nous prodiguer.*

A Messieurs le Docteur Jean MORIN

Privat-Docent de la Faculté de Lausanne
Médecin-Directeur des Sanatoria populaires de Leysin

et

le Docteur F. CARDIS

Médecin du Sanatorium des Alpes vaudoises (Leysin)

*qui nous ont initié à la phthisiologie, et
qui, en toutes circonstances, nous ont
toujours réservé un si bienveillant accueil.
Hommage respectueux.*

A Monsieur le Docteur LAMY

Médecin des Hôpitaux

*qui a bien voulu nous autoriser à publier
des observations recueillies dans son
Service. Hommage respectueux.*

A Monsieur le Docteur NEGRE

Chef de Service à l'Institut Pasteur

*qui a mis si aimablement à notre dispo-
sition sa précieuse collaboration, Hom-
mage respectueux.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur DELBET.

Monsieur le Docteur BABONNEIX.

Externat

Monsieur le Docteur ROUX-BERGER.

Monsieur le Professeur GUILLAIN.

Monsieur le Docteur BRUHL (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur LESAGE.

Monsieur le Docteur WEISSENBACH.

Internat

Monsieur le Docteur ROBINEAU (int. prov.).

Monsieur le Docteur COMTE.

Monsieur le Professeur agrégé Henri BENARD.

Monsieur le Docteur RIST.

LA TYPHO-BACILLOSE DE LANDOUZY

C'est en 1883, au cours d'une leçon clinique à l'hôpital de la Charité où il remplaçait le Professeur Hardy, que LANDOUZY décrivit pour la première fois la typho-bacilllose. Il l'appelait alors « fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë », état pathologique qui, disait-il, « se dénonce exclusivement par un état typhoïde, avec fièvre continue et splénomégalie, sans signes de localisation viscérale ».

Il en fit dès ce moment une description clinique qui, reprise de nombreuses fois par lui-même et par ses élèves, et depuis par de nombreux auteurs, n'a pratiquement jamais été changée.

Le tableau de la typho-bacilllose tel que l'a tracé LANDOUZY, et tel qu'on le rencontre encore dans les descriptions classiques, est le suivant :

Il s'agit d'un sujet jeune — enfant, adolescent ou adulte jeune — qui se présente avec un tableau clinique rappelant « grosso modo » celui d'une dothiéntérie. Le début de l'affection remonte à quelques jours, marqué par de la fatigue, du malaise, une température ascendante ; souvent cependant on peut no-

ter que le début est assez rapide ; c'est en deux ou trois jours, parfois plus rapidement encore, que s'installe la période d'état ; on ne note pratiquement jamais l'existence d'épistaxis.

La période d'état constituée, le malade est abattu, prostré. Mais habituellement ce n'est pas un véritable tymphos, et le malade répond assez bien aux questions. La température est élevée, atteignant et dépassant 40°, mais elle n'affecte pas la forme « en plateau » si particulière à la dothiéntérie ; elle présente au contraire des oscillations importantes de un ou plusieurs degrés. Le pouls, quoique restant en partie dissocié d'avec la température, est cependant plus rapide que dans la fièvre typhoïde.

La rate est grosse ; le foie un peu augmenté de volume.

Les signes digestifs sont variables ; la langue prend parfois l'aspect typhique : étalée, blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords, parfois reste normale. On ne constate jamais d'ulcérations palatines.

Le ventre est habituellement souple, non douloureux, la diarrhée fait défaut.

Le catarrhe bronchique manque ordinairement. Enfin on ne constate pas sur l'abdomen la présence de taches rosées lenticulaires. C'est là un signe négatif sur lequel insistait vivement LANDOUZY : « Leur absence est tellement la règle, disait-il, que de parti pris je tiens pour suspecte de bacillose toute fièvre typhoïde dans laquelle a manqué l'exanthème ».

LANDOUZY ajoutait encore un signe particulier, tiré

de la thérapeutique : l'action antithermique nette de l'antipyrine, alors que la quinine — habituellement très active dans la dothiéntérie — reste sans effet.

C'est donc, en bref, le tableau d'un état thyphoïde dans lequel l'absence de catarrhe pharyngé, intestinal et bronchique, l'irrégularité de la courbe thermique, et surtout l'absence de taches rosées, doit faire rejeter le diagnostic de dothiéntérie.

L'évolution est elle-même assez particulière. Après une période de température élevée qui dure deux ou trois semaines, la fièvre descend progressivement, souvent en dessinant de larges oscillations. Mais elle met très longtemps à revenir à la normale ; le malade garde pendant plusieurs semaines un état subfébrile, en même temps qu'il reste amaigri, fatigué, anorexique ; la guérison est ainsi fort longue à s'établir. Elle survient cependant dans la règle : il est en effet exceptionnel de voir succomber le malade au cours de la période d'état.

Mais ultérieurement, dans les semaines ou les mois qui suivent, parfois plus tardivement, on voit apparaître une manifestation tuberculeuse dont la localisation est variable.

Cette évolution en deux temps, avec un intervalle libre plus ou moins long, est capital pour LANDOUZY et ses élèves ; elle leur paraît être une des caractéristiques essentielles de la typho-bacillose.

Nous verrons cependant que cette évolution si particulière ne constitue pas, d'après la description même de LANDOUZY, une règle absolue.

Telle est, en quelque sorte, le tableau moyen de la typho-bacillose. Mais à côté de cette forme type, LANDOUZY et après lui de nombreux auteurs, ont décrit de multiples formes, d'après l'intensité des symptômes cliniques.

— d'une part, des formes graves, se terminant parfois par la mort au milieu d'un état typhoïde particulièrement accusé ; parfois se prolongeant très longtemps, laissant le malade très amaigri, très long à retrouver un équilibre normal.

— d'autre part, et surtout, des formes atténuées, bénignes, à type d'embarras gastriques fébriles, où la fièvre, peu élevée, ne dure que peu de temps, et qui n'évoquent plus que de très loin l'idée de fièvre typhoïde.

Tel est le tableau clinique de la typho-bacillose tel qu'il est encore décrit depuis son individualisation.

Frappé par l'absence de localisation viscérale et par l'évolution habituelle en deux temps ; frappé aussi, à l'autopsie des rares cas qu'il avait vu mourir, par le peu d'importance des lésions typiques de tuberculose, LANDOUZY avait complété sa description en donnant du tableau clinique une conception pathogénique. Pour lui, il s'agissait d'une toxi-infection produite par une bacillémie tuberculeuse, sans localisation. « Les malades sont bacillisés et non tuberculeux ». Ce n'est qu'ultérieurement que les bacilles se fixant en un point quelconque de l'organisme, y déterminent l'apparition d'une localisation tuberculeuse. C'est pourquoi il intitulait cette affection : « Fièvre bacillaire prétu-

berculeuse à forme typhoïde », ou, d'un mot, « typho-bacillose ».

En décrivant ainsi la typho-bacillose, LANDOUZY entendait ajouter un chapitre aux formes déjà décrites de tuberculose aiguë.

« A côté de ces faits, dit-il (pneumonie et broncho-pneumonie tuberculeuses aiguës, granulie), bien en dehors d'eux, j'en révélai d'autres dans lesquels la toxi-infection bacillaire se présentait sous des traits si tranchés, qu'elle constituait un nouveau type de septicémie bacillaire, nettement distinct des précédents. »

Tels sont les faits sur lesquels a insisté LANDOUZY et la conception pathogénique qu'il en a donnée.

Il nous faut reconnaître dès l'abord que LANDOUZY a eu le grand mérite d'insister tout particulièrement sur ces formes spéciales de la tuberculose.

Bien que déjà décrits, ces faits étaient dans l'ensemble peu connus, et nombreux étaient les cas où ils étaient confondus avec la dothiéntérie. LANDOUZY a dû soutenir de nombreuses contradictions et il a bien montré finalement que ces états pathologiques aigus, bien qu'évoluant habituellement vers la guérison, étaient tout de même d'origine tuberculeuse. C'est à partir de lui seulement que cette notion est entrée dans la pratique courante ; ce n'est pas là un de ses moindres mérites.

Mais il nous paraît actuellement que cette conception de la typho-bacillose doit être notablement modifiée. En effet, du point de vue clinique, comme du

point de vue anatomique, ce tableau morbide ne semble pas devoir conserver une individualité aussi tranchée que le voulait LANDOUZY.

Les états pathologiques réunis sous le nom de typhobacillose ne sont en définitive que des formes typhoïdes de la tuberculose, correspondant à des lésions variables ; et tous les intermédiaires sont possibles entre les formes simulant de près la dothiéntérie et les états fébriles plus ou moins nettement définis.

TYPHO-BACILLOSE ET ÉTAT TYPHOÏDE

Depuis que LANDOUZY a décrit la typho-bacilliose, ce syndrome a fait bien souvent l'objet de discussions variées. Très rapidement la pathogénie invoquée par LANDOUZY a été discutée et il semble qu'à l'heure actuelle elle soit assez difficilement acceptée ; au contraire, la description clinique de LANDOUZY est restée inchangée.

S'il est bien vrai que l'on ne puisse nier la réalité des faits décrits par LANDOUZY, nous ne croyons pas cependant qu'il y ait lieu de leur conserver une individualité propre, et de continuer à les décrire — même sur le terrain clinique — comme une forme particulière de tuberculose.

La description de LANDOUZY — perpétuée depuis — répond simplement à une forme typhoïde de tuberculose, qui ne diffère en rien cliniquement des formes typhoïdes de cette affection depuis longtemps décrites.

Il n'y a rien de plus banal, dans la clinique journalière, en dehors de la tuberculose, que ces états typhoïdes, au cours des affections les plus variées. C'est une notion bien connue depuis longtemps ; et la ques-

tion de savoir pourquoi au cours d'une infection donnée l'organisme réagit tantôt par des manifestations générales discrètes, tantôt par un état typhoïde, a été bien souvent posée.

THIRIAL déjà, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en 1854, disait : « Ainsi il n'est pas rare de voir dans le cours d'un certain nombre de maladies inflammatoires plus ou moins graves, tels que la pneumonie, certains érysipèles, etc..., survenir à un moment donné et sous des influences que je n'ai pas à déterminer, un ensemble de phénomènes généraux révélant un trouble plus ou moins notable des fonctions de l'innervation, et une altération plus ou moins profonde des liquides aussi bien que des solides, en un mot tout cet ensemble de phénomènes bien connus qu'on désigne assez communément sous le nom collectif d'état typhoïde ».

Ces « formes typhoïdes » des différentes maladies sont en effet fréquentes ; et il est curieux de constater combien l'aspect des différents malades est alors similaire, malgré la diversité des affections dont ils sont atteints.

Dans la pneumonie grave — souvent pneumonie du sommet chez l'adulte, avec signes physiques difficilement perceptibles — il n'est pas rare de trouver le malade abattu, prostré, présentant un véritable typhos, avec fièvre élevée, signes digestifs plus ou moins marqués.

Dans l'endocardite maligne, il est classique de décrire une forme typhoïde dont le tableau reproduit

assez fidèlement celui de la dothiéntérie, avec cependant une température plus oscillante, l'absence habituelle de taches rosées qui, quand elles existent, n'ont pas l'aspect typique de celles de la fièvre typhoïde.

De même la maladie de Bouillaud — surtout dans sa forme cardiaque pure, sans arthropathies — peut affecter une forme typhoïde susceptible de simuler de près la typho-bacillose elle-même : nous en avons vu un exemple récent.

L'érysipèle, le paludisme primaire, et aussi les supurations profondes comme le phlegmon péri-néphrétique ou l'abcès sous-phrénique peuvent se présenter sous le masque typhoïde, qui, on le voit, constitue une réaction extrêmement banale de l'organisme aux diverses infections.

D'une façon tout à fait analogue, l'infection tuberculeuse est susceptible d'engendrer des états typhoïdes, à tous les stades de son évolution, et quelle que soit la forme anatomique des lésions. L'allure clinique de ces formes typhoïdes de la tuberculose présente d'ailleurs une similitude d'expression qui fait qu'on ne peut sur le seul aspect du malade préjuger du substratum anatomique. Et c'est d'une façon toute artificielle qu'on a voulu séparer des différentes « formes typhoïdes » de la tuberculose la typho-bacillose.

TYPHO-BACILLOSE ET GRANULIE

La forme typhoïde de la granulie est depuis longtemps connue; les descriptions de la tuberculose aiguë par les auteurs du siècle dernier comportent toujours un important chapitre sur la forme simulant la fièvre typhoïde.

Ils s'attachaient à découvrir les différences de symptomatologie susceptibles de faire découvrir la tuberculose sous le masque de la dothiéntérie.

C'est ainsi qu'HÉRARD et CORNIL, dans leur traité de 1867, s'expriment ainsi : « Il est une autre maladie avec laquelle a été souvent confondue la phtisie granuleuse fébrile : cette maladie c'est la fièvre typhoïde. Il est certain qu'entre ces deux affections il existe beaucoup de points communs. Toutefois en y regardant de près... on arrive le plus souvent à pouvoir établir le diagnostic positif ; et d'abord les signes cérébraux sont loin de présenter la même importance : le délire dans la phtisie granuleuse est peu prononcé... la prostration est moins prononcée dans la phtisie granuleuse que dans la fièvre typhoïde... les taches rosées lenticulaires — si tant est qu'elles se rencontrent dans la phtisie aiguë — sont peu nombreuses,

petites, mal dessinées, de courte durée, et, à ce point de vue, fort différentes de l'éruption papuleuse si caractéristique de la fièvre typhoïde... La diarrhée est beaucoup plus rare dans la phtisie granuleuse que dans la fièvre typhoïde ; on ne constate ni gargouillement dans la fosse iliaque droite, ni douleurs dans cette région, ni ballonnement du ventre. La rate ne présente pas une augmentation aussi constante de volume ; par contre la matité hépatique paraît assez souvent accrue. »

Ne croirait-on pas lire une clinique de LANDOUZY sur la typho-bacillose ?

EMPIS, dans la remarquable nosographie qu'il a consacrée à la granulie en 1865, a tracé un tableau définitif de ces formes typhoïdes dans la tuberculose granuleuse aiguë. Il relate, entre autres, l'observation d'une jeune malade de 26 ans chez laquelle on avait fait le diagnostic de fièvre typhoïde, malgré la courbe thermique un peu irrégulière, la constipation, l'absence de taches rosées ; ce diagnostic fut maintenu jusqu'à l'autopsie, qui montra la présence de granulations disséminées.

Tous les auteurs ont insisté sur ces faits. LOUIS, ANDRAL les avaient signalés ; PIDOUX s'y étend à plusieurs reprises ; TROUSSEAU disait : « La dothiènementie et la phtisie aiguë ont l'état typhoïde en commun ».

Et LEUDET, dans sa thèse sur la phtisie aiguë, datant de 1851, avait déjà remarqué : « L'état typhoïde que l'on rencontre dans la phtisie aiguë ne peut être mieux

comparé qu'à celui de certaines phlegmasies, comme la pneumonie par exemple. Ainsi, outre l'état fébrile considérable, l'injection de la peau, la céphalée, les étourdissements, le délire, on note la tension de l'abdomen, mais point les épistaxis, le gargouillement abdominal et surtout l'absence de l'éruption de taches rosées lenticulaires. »

Partout et toujours dans ces descriptions des formes typhoïdes de la tuberculose aiguë, nous retrouvons les mêmes signes qui permettent de les différencier de la dothiéntérie — et ce sont ces signes exactement sur lesquels LANDOUZY insistait, en donnant à chacun la même importance relative, dans sa description de la typho-bacillose.

Les travaux modernes ont entièrement confirmé ces données et ont montré combien le diagnostic de granulie pouvait rester difficile, voire impossible, pendant plusieurs semaines, en dehors de l'examen radiologique.

C'est ainsi par exemple que Mouriquand, Bernheim et Puig ont publié l'observation d'un enfant dont la granulie a pris pendant toute l'évolution de la maladie — soit pendant trois semaines — le masque de la fièvre typhoïde, avec absence complète de dyspnée et de cyanose. Seule la radiographie, faite tout au début, avait montré un semis granité des deux poumons tout à fait typique. Typho-bacillose avec granulie terminale, aurait-on pu dire, si on n'avait eu l'examen radiologique qui démontrait dès le début l'existence de lésions granuliques.

Le tableau clinique de la typho-bacillose est calqué d'une façon si parfaite sur celui de la granulie à forme typhoïde que Caussade et Doumer ont pu décrire une « granulie pleuro-pulmonaire à allure clinique de typho-bacillose » dont l'observation est assez typique pour que nous la reproduisons.

« Le nommé Lef... Edmond, âgé de 54 ans, entre dans notre service à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} octobre 1919. Il est fébricitant depuis une époque qu'il est impossible de fixer d'une manière précise, attendu que le patient n'a accusé aucun trouble, ni aucun symptôme général.

Aussi, en faisant remonter le début de la fièvre à environ six jours, donnons-nous un chiffre minimum. La fièvre oscille depuis six jours entre 38°5 et 39°. C'est pour cette fièvre et pour une méralgie parasthésique très nette que l'admission dans un hôpital est jugée nécessaire.

De plus, notre homme est un diabétique avéré, l'association d'une névralgie au cours d'un diabète sucré étant un fait bien admis, il n'y a pas lieu de s'en étonner. Mais la cause de la fièvre ne peut être expliquée.

Le résultat de notre premier examen fut le suivant : Homme vigoureux, sans passé tuberculeux ou pulmonaire, non amaigri, ni dyspnéique, ni cyano-tique, ni dyspeptique, ne présentant aucun signe, aucun symptôme fonctionnel pulmonaire ; l'abdomen n'est pas tendu, encore moins météorisé ; il n'est pas douloureux, il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée thoraco-abdominale.

La fièvre est à 38°5, le pouls bat à 80, il est régulier, sans dicrotisme.

Le cœur est sain ; les urines ne contiennent pas d'albumine, mais il existe de la glycosurie.

Pendant les deux premières semaines du séjour du patient dans notre service, la fièvre oscille autour de 39°, avec des rémissions d'abord assez marquées, puis avec des rémissions moins nettes ; il y a dissociation du pouls et de la température (pouls = 80) ; les battements cardiaques sont bien frappés ; la tension à l'oscillomètre de Pachon est de 18-10. Aucun amaigrissement, aucun trouble psychique, pas de céphalée, aucun trouble gastro-intestinal sauf de la constipation.

La langue est légèrement saburrale, l'abdomen est souple. Il n'y a pas d'ascite, la rate est facilement perceptible.

L'auscultation et la percussion du thorax ne révèlent rien d'anormal ; le murmure vésiculaire s'entend avec toute sa pureté de haut en bas ; ni toux ni expectoration.

La radioscopie pulmonaire, pratiquée le premier jour de l'entrée du patient dans notre service, ne montre aucune ombre suspecte.

L'hémoculture et le séro-diagnostic aux bacilles typhiques et para-typhiques faits à différentes reprises, ont toujours été négatifs.

Entre le 15^e et le 20^e jour — depuis l'apparition de la fièvre — survient un certain degré de prostration ; il n'y a pas de céphalée, mais la langue est sèche, le

pouls bat à 90 alors que la fièvre est à 39°5; il y a de l'oligurie.

Le 23^e jour, la glycosurie disparaît, et la méralgie parasthésique n'est guère plus appréciable. Les urines diminuent, elles sont boueuses, toutefois elles ne sont pas albumineuses ; l'abdomen devient légèrement sensible.

Le 24^e jour, la prostration est grande, la langue est écailleuse et rôtie, le tymphos est très marqué, l'amaigrissement prononcé.

La fièvre, qui les jours précédents s'était élevée progressivement à 40°, pendant que le pouls augmentait de fréquence (110-120) et se maintenait à ce taux, s'abaisse à 39°, puis 38°2. Surviennent alors des localisations qui jusqu'ici avaient fait défaut : elles nous permettent alors d'établir définitivement le diagnostic qui auparavant était très imprécis.

Il s'agit de deux petits épanchements pleuraux situés aux bases gauche et droite ; épanchements formés d'un liquide citrin, renfermant quelques cellules endothéliales, des polynucléaires intacts et surtout des lymphocytes en abondance.

En même temps le péritoine est le siège d'une ascite. La pression sanguine prise à l'oscillomètre de Pachon avait donné successivement les chiffres suivants : 18-10, 15-8, 12-5. Le 26^e jour le rythme du cœur était embryocardique, et la mort survenait le 28^e jour, précédée de quelques vomissements très certainement en rapport avec une légère péritonite, précédée aussi

d'une légère cyanose et d'une dyspnée peu intense, qui avaient fait défaut jusqu'à ce jour.

A aucun moment on n'avait observé aucun signe de méningite, ni signe de Kernig, ni signe de Brudzinski. C'est à peine s'il y avait eu les derniers jours une légère céphalée et un léger délire passager et tranquille.

A l'autopsie, en résumé, présence de granulations assez nombreuses, mais cantonnées sur l'appareil pleuro-pulmonaire, et d'une façon discrète sur le péritoine ; granulations dont la plupart sont très fines à peine visibles à l'œil nu. Au sommet du poumon droit adhérence autour d'un petit foyer scléreux. »

Là encore, comme le font justement remarquer Caussade et Doumer, c'est le tableau parfait d'une typho-bacillose qu'a présenté ce malade. Et cependant ce sont des lésions typiques de granulie que l'on trouve à l'autopsie — et peut-être une radiographie faite au début comme dans l'observation de Mouriquand, Bernheim et Puig aurait montré mieux qu'une radioscopie, habituellement insuffisante dans ce cas, des taches micronodulaires dans les deux champs pulmonaires.

Et là encore on pourrait étiqueter cette observation « typho-bacillose terminée par une granulie », d'une façon tout aussi légitime que le faisait Landouzy quand il relatait l'observation suivante que l'on trouve reproduite dans la plupart de ses publications sur la question :

« Ressemble-t-elle assez peu à une tuberculeuse, cette jeune femme de chambre de 24 ans, qui m'était

envoyée de Chatou à la Charité avec le diagnostic vraisemblable de fièvre typhoïde au sixième ou au huitième jour ?

De fait, elle avait bien l'air dothiésentérique : sub-délire, ballonnement abdominal, prostration, fuliginosités des dents, langue sèche, légère diarrhée. Il est vrai qu'on ne trouvait pas de taches rosées, mais la maladie était encore au début.

Je ne crus pas, après examen circonstancié, devoir me prononcer, et je laissai flotter mon diagnostic entre une fièvre dothiésentérique et une fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë.

La température oscillait entre 40°4 le soir et 38° et quelques dixièmes le matin ; les oscillations thermiques, comme vous voyez, étaient considérables ; le pouls était rapide et dicrote ; les taches rosées n'apparaissaient pas, le catarrhe bronchique si habituel au premier septenaire de la fièvre typhoïde ne se montrait pas ; les grandes oscillations thermiques continuant, j'opimai délibérément pour la fièvre tuberculeuse à forme typhoïde — Landouzy ne disait pas encore typho-bacillose, et il est regrettable qu'il n'ait pas cru devoir conserver sa première appellation — lorsque deux jours plus tard je constatai une hémiplegie faciale inférieure gauche. Quarante-huit heures après la malade succombait et, à l'autopsie, nous trouvions :

de lésions dothiésentériques point ; une rate grosse, diffluente ; autour de la sylviennne droite trois granulations tuberculeuses du volume de petites têtes

d'épingle ; au sommet du poumon droit, quatre granulations tuberculeuses, jeunes, grises, transparentes. »

Nous n'oserions pas pour notre compte traiter une pareille malade de pré-tuberculeuse.

Parmi les publications modernes on trouve fréquemment des observations de typho-bacillose se terminant en trois ou quatre semaines par une méningite tuberculeuse. Telles sont en particulier les observations de Weill et Mouriquand : un enfant de dix ans dont l'état typhoïde remonte au 25 avril environ et qui meurt de méningite le 29 mai ; un autre de huit ans chez lequel l'état typhoïde s'est installé le 20 février et qui est emporté au milieu d'un cortège de signes méningés le 28 mars ; dans le même article, ils notent deux observations analogues.

Etant donné l'allure souvent capricieuse et irrégulière de la méningite tuberculeuse, il nous paraît parfaitement artificiel de séparer chez ces malades deux phases : une de typho-bacillose sans localisation et une de méningite tuberculeuse.

Le vocable de « forme typhoïde de tuberculose aiguë à localisation méningée » nous paraît préférable, et en tous cas moins sujet à une erreur d'interprétation.

En définitive il ressort de tous ces faits que l'allure clinique de la typho-bacillose est identique à celui de la granulie à forme typhoïde. L'évolution de cette dernière, il est vrai, se fait plus habituellement vers la mort. Mais l'identité des deux tableaux cliniques

permet de penser — comme l'avait formulé Bard — qu'un certain nombre des formes qui guérissent peuvent aussi s'accompagner de lésions granuliques, mais discrètes, et peut-être même particulièrement fines et au-dessus des ressources diagnostiques de la radiologie.

Au surplus, le dogme de la granulie, toujours mortelle, a-t-il été sérieusement battu en brèche en ces dernières années, sinon la granulie au sens restrictif où l'entendent certains auteurs français, du moins certaines formes de tuberculose miliaires. Et si c'est récemment que l'on a insisté sur le fait que certaines formes de tuberculose micro-nodulaires à allure aiguë étaient capables de guérir, il faut se rappeler que ce n'est pas là une notion entièrement nouvelle. Leudet, dans sa thèse déjà citée, s'exprimait ainsi : « La phtisie aiguë est une affection fort grave, le plus souvent mortelle, quand elle arrive à une certaine intensité, mais en est-il toujours ainsi ? Non assurément, et nous la croyons susceptible de guérir en tant que phtisie aiguë, c'est-à-dire en laissant au malade les chances plus ou moins incertaines qui résultent d'une tuberculisat ion chronique ». Et Leudet ajoutait que c'est justement dans les formes qui guérissent que le diagnostic est particulièrement difficile à faire avec les maladies simulées par les différentes formes cliniques de la phtisie aiguë, en particulier avec la fièvre typhoïde.

Et ainsi, un certain nombre de cas de typho-bacillose répondraient à la conception qu'Aviragnet for-

mulait dans sa thèse : « La typho-bacillose, disait-il, est bien, comme la granulie, une forme de tuberculose aiguë, mais moins grave ; c'est, si l'on veut, une granulie atténuée. Quand pour une raison ou pour une autre la généralisation de la tuberculose se produit, toute l'économie est envahie par le bacille, l'organisation des lésions tuberculeuses dans les organes commence. Si elle ne s'arrête pas, le malade succombe à une tuberculose généralisée aiguë granulique ; si au contraire elle s'arrête le malade guérit. On a eu affaire dans les deux cas à une tuberculose aiguë, mais à évolution clinique différente : typho-bacillose et granulie sont bien deux états voisins ; il n'y a entre eux qu'une différence de degré ».

Voilà bien certainement à quoi correspondent un certain nombre de cas de typho-bacillose. Différence de degré et non pas différence fondamentale, comme le voulait Landouzy, et n'autorisant en aucune façon à faire de ce syndrome une entité morbide particulière, une forme spéciale de tuberculose, bien distincte des autres, susceptible d'avoir une place à part dans un cadre nosologique.

TYPHO-BACILLOSE ET PLEURÉSIE

Parmi les formes de tuberculose aiguë, il n'est pas que la granulie qui soit susceptible d'évoluer sous une forme typhoïde.

Un exemple des plus frappants nous est donné par la banale pleurésie séro-fibrineuse. Quoi de plus comparable du point de vue des signes généraux que la pleurésie tuberculeuse aiguë des adolescents et la typho-bacilliose.

Ici comme là, c'est le même début progressif avec température ascendante ; puis à la période d'état même fièvre avec oscillations, même facies, mêmes signes digestifs. C'est aussi la même évolution lentement et irrégulièrement descendante avec convalescence lente et pénible.

Evidemment dans la pleurésie les signes physiques sont suffisamment nets pour imposer rapidement un diagnostic de localisation précis et satisfaisant ainsi l'esprit du clinicien.

Et cependant pour peu que l'épanchement liquidien tarde quelques jours à s'installer, que l'inflammation pleurale ne se manifeste pas immédiatement par ce signe si satisfaisant qu'est un liquide séro-

fibrineux qu'on retire à pleine seringue, on voit réapparaître la typho-bacillose.

Tel nous paraît être le cas pour l'observation suivante publiée dans la thèse de Grandchamp, inspirée par Landouzy lui-même ; cette observation est intitulée : « Typho-bacillose démontrée bactériologiquement pendant la vie par l'inoculation positive au cobaye ».

« Beb..., âgé de vingt-cinq ans, mécanicien, entre le 5 mars 1907, Salle Lasègue, N° 18, service du Professeur Widal.

Il n'a jamais été malade, tout le monde dans sa famille est bien portant, son service militaire s'est passé sans encombre.

Depuis la fin de février il se sentait fatigué et affirme avoir maigri, il dort mal la nuit du vendredi au samedi 2 mars. Le matin du 2 mars il est pris de céphalée, de frissonnements accompagnés de vomissements et suivis de sueurs abondantes. Dans la journée, il a de la diarrhée jaune.

On pourrait croire à un début brusque de dothiéntérie avec vague phase prodromique.

Le dimanche 3, il reste couché, la nuit a été mauvaise, la céphalée, l'anorexie, la diarrhée persistent.

Il entre le mardi 5 dans le service. A son entrée le malade est abattu, très fatigué, quoique répondant bien aux questions ; son facies est celui d'un typhique : pâle, inerte, stupéfié, la température est à 39°7. La langue est saburrale, humide, l'abdomen est un peu ballonné, légèrement douloureux, surtout dans

la fosse iliaque droite où il existe un gargouillement manifeste.

La rate se perçoit sur trois travers de doigts, le foie est un peu augmenté de volume ; la diarrhée est diminuée, il n'y a pas de taches rosées, mais quelques petites vésicules rouges péripilaires (sorte d'éruption sudorale discrète) qui n'ont rien de commun avec les taches rosées.

A l'auscultation le sommet droit paraît suspect, submat, avec rudesse expiratoire. Aux deux bases en arrière on entend quelques râles sibilants ; la respiration est diminuée à la base droite qui est submate mais sans aucun signe adventice. Le cœur est normal, le pouls à 96 est dicrote. Les urines diminuées de volume ne contiennent ni sucre ni albumine ; il n'y a pas de diazo-réaction.

Le diagnostic de dothiéntérie semble s'imposer, on cherche à le vérifier par les épreuves de laboratoire. Le séro-diagnostic est négatif le 7 mars, le 10 mars, le 26 mars, le 15 avril, aussi bien avec les bacilles d'Eberth qu'avec les paratyphiques A et B. L'ensemencement du sang répété le 9 et le 14 mars est chaque fois négatif. La diazo-réaction n'est positive que pendant trois jours, les 8, 9, 10 mars, et à taux faible.

Toutes ces méthodes rejettent donc la diothiéntérie et on diagnostique typho-bacillose de Landouzy.

Jusqu'au 19 mars l'examen le plus minutieux ne révèle rien de plus, l'état typhoïde persiste sans s'atténuer. Le 17 la submatité de la base devient matité, le

murmure s'affaiblit. Le 18 au matin la température est à 39°, le pouls à 100, la respiration à 23. On découvre à la base du poumon droit un petit épanchement.

La ponction épuise l'épanchement et retire 200 grammes de liquide citrin séro-fibrineux. La formule cytologique est lymphocitique. On ensemente deux tubes de Villes : résultat douteux ; on inocule à deux cobayes 20 et 30 centimètres cubes de liquide dans le péritoine : ils deviennent tuberculeux.

L'état typhoïde s'accroît : la langue est sèche, rôtie. Le 20 mars la dyspnée augmente et pourtant l'épanchement ne se reproduit pas ; les signes du sommet droit semblent augmentés, on entend quelques sons crépitants. Les rares crachats que rend le malade ne contiennent pas de bacilles de Koch. Le 27 mars inoculation intra-péritonéale à deux cobayes de 10 et 15 centimètres cubes de sang pris dans la veine du coude.

Celui des animaux inoculé à 10 centimètres cubes meurt au bout de quelques jours ; l'autre sacrifié au bout de sept semaines était tuberculeux.

Cet état typhoïde avec langue rôtie dure jusqu'au 30 mars.

L'amélioration se dessine lentement. L'épanchement qui ne s'est pas reproduit a laissé à la base droite de la submatité et de l'obscurité du murmure respiratoire qui persistaient encore à la fin d'avril. Les craquements au sommet droit n'existent plus qu'en arrière le 1^{er} mai.

La convalescence est lente, pénible, le malade est pâle, amaigri, défait, les traits flasques et l'œil fatigué, couvert de sueurs au moindre effort.

Le malade revu en juillet semblait remis, quoique encore amaigri ; les signes du sommet persistaient avec quelques craquements mais sans rien de plus ».

Nous pensons être plus près de la vérité en interprétant cette observation comme une poussée banale de tuberculose pleuro-pulmonaire ; l'aspect typhique du malade n'a rien d'étonnant et il est fréquent de voir de semblables lésions évoluer sous cet aspect clinique.

De même Weill et Mouriquand relatent comme typho-bacillose l'histoire d'une enfant de 14 ans, sans antécédents particuliers, qui, le 24 octobre, a présenté des frissons, du malaise, de la céphalée. Elle entre à l'hôpital le 6 novembre avec facies abattu, langue sèche, lèvres fuligineuses, température à 40°. Aspect typhique assez net, température oscillant entre 39° et 40°, pouls à 116, mais pas de taches rosées.

Examen de laboratoire négatif quant à la typhoïde. Le 13 novembre apparaît un point de côté à la base droite, en même temps que la température commence à décrire des oscillations plus marquées, et les jours suivants on note au même endroit, des signes de réaction pleurale ; une ponction ramène un liquide séro-fibrineux à lymphocytes.

Nous avons pu nous-même observer, grâce à l'obligeance du Docteur Robert Azoulay, l'histoire suivante :

Obs. I (inédite) (Docteur AZOULAY). — Mme H..., 27 ans, jeune femme originaire d'Alsace, habitant Paris depuis peu de temps. Mère morte de tuberculose pulmonaire. Rien de particulier dans les antécédents personnels. Tout le monde est bien portant autour d'elle. Elle a deux enfants âgés respectivement de 3 ans 1/2 et de 8 mois ; tous les deux bien portants.

Le début de l'affection se fait assez brusquement le 2 janvier par frissons, malaise, céphalée.

La température monte rapidement et atteint 39° en trois jours. Elle persiste entre 39° et 40° pendant une semaine et à ce moment ébauche une descente en lysis, bientôt interrompue par une nouvelle ascension de la température à 39° le 16 janvier ; de nouveau la fièvre est élevée, se maintenant entre 39° et 40° jusqu'au 25.

Le diagnostic est à ce moment typho-bacillose probable. Le 21 janvier, le Docteur Azoulay voit la malade ; la température est à 40°, le pouls à 110. La malade est très abattue, mais sans tymphos véritable et répond bien aux questions. Elle accuse simplement une céphalée modérée. Elle tousse un peu, et cette toux ramène une légère expectoration muqueuse banale. Il n'y a pas de diarrhée, l'examen de l'abdomen est souple, non douloureux, la fosse iliaque droite non gargouillante. On ne décèle aucune tache rosée lenticulaire.

La rate est nettement percevable sur plusieurs travers de doigt ; le foie légèrement hypertrophié. La langue est étalée, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; la gorge est normale.

L'examen du thorax montre seulement une submatité légère en arrière à la partie moyenne de l'hémithorax droit, remontant un peu vers l'aisselle. A ce niveau l'auscultation fait entendre quelques râles bulleux fins, très discrets, après la toux.

On pratique ce jour-là une hémoculture et un séro-diagnostic aux bacilles typhiques et para-typhiques : ces examens restent négatifs. On fait aussi une cuti-réaction à la tuberculine qui se montre au contraire rapidement positive et qui, est au bout de 48 heures, papulo-vésiculeuse.

Enfin, une radiographie est pratiquée au lit de la malade montrant une image typique de pleurésie interlobaire. L'examen de l'expectoration n'a pas permis d'y déceler la présence de bacilles de Koch.

La température reste entre 39° et 40° jusqu'au 25 janvier, puis commence à descendre en dessinant des oscillations importantes pour n'atteindre un niveau normal que vers le milieu de février.

Le 29 janvier une hémoculture est pratiquée sur milieu de Lœwenstein au laboratoire de M. Nègre à l'Institut Pasteur : le résultat est négatif. En même temps six cobayes sont inoculés. Quatre de ceux-ci reçoivent en même temps que le sang, un centimètre cube d'extrait acétonique de bacille de Koch.

Des quatre cobayes traités par l'extrait acétonique, deux sont morts accidentellement, un le 13 février, l'autre le 20 février : leur autopsie n'a rien montré ; les cobayes survivants ont été éprouvés par intra-dermo-réaction à la tuberculine le 13 mars : résultat négatif ; le 26 mars ils sont sacrifiés : aucune lésion tuberculeuse n'a été découverte, pas plus chez les cobayes simplement inoculés avec le sang que chez les deux traités en outre par l'extrait acétonique de B. K. Un frottis de ganglions ne montre pas de bacilles acido-résistants. Ces mêmes ganglions ensemencés sur milieu Lœwenstein donnent une culture négative.

La malade est rétablie depuis la fin de février. Une nouvelle radiographie est faite le 28 mars, qui montre

(fig. 1) une ombre linéaire au niveau de la scissure, reliquat de la pleurésie interlobaire.

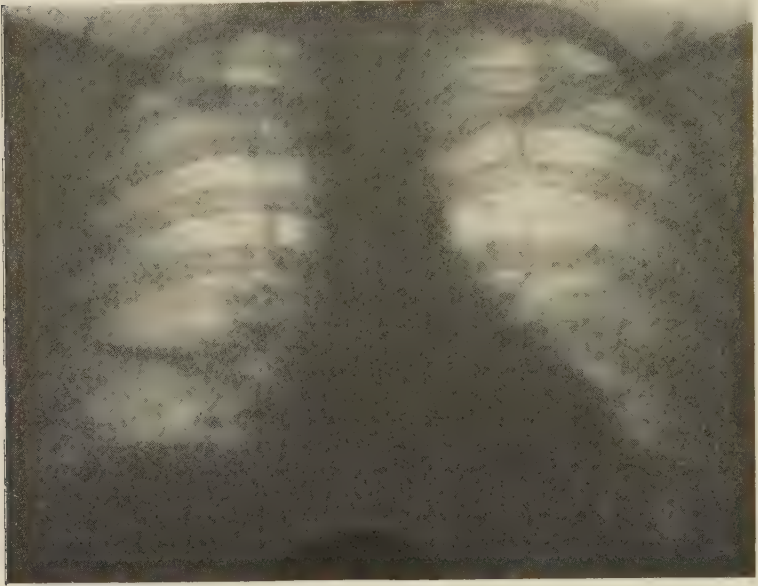


FIG. 1. — *Obs. I*

Radiographie faite 3 mois après le début des accidents fébriles. Ombre scissurale reliquat d'épanchement interlobaire.

Ainsi, non seulement la pleurésie séro-fibrineuse banale se présente fréquemment avec un aspect clinique analogue à celui de la typho-bacillose, mais encore un certain nombre de pleurésies authentiques sont pendant quelques jours cataloguées typho-bacillose, soit parce que le syndrome liquidien met quelque temps à s'établir avec netteté — ce qui est loin d'être exceptionnel — soit parce que la sympto-

matologie de la pleurésie reste fruste du fait de la petite quantité de liquide ou de sa localisation particulière.

C'est ainsi que sans l'examen radiologique l'épanchement interlobaire de la malade de l'observation I serait très certainement passé inaperçu, et on aurait conclu à une typho-bacillose.

A côté donc de granulies discrètes, de méningites tuberculeuses, un certain nombre d'affections décrites comme typho-bacillose sont d'authentiques pleurésies que la discrétion de leurs signes stéthacoustiques a fait passer inaperçues.

TYPHO-BACILLOSE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

Les tuberculoses aiguës ne sont pas seules parmi les différentes formes évolutives de la tuberculose à pouvoir se manifester sous un aspect clinique évoquant la fièvre typhoïde. Il n'est pas, en effet, jusqu'à la tuberculose pulmonaire chronique banale qui ne puisse se présenter, à un moment donné, sous la forme typhoïde.

Tantôt — et fréquemment — c'est la première poussée évolutive révélatrice d'une tuberculose pulmonaire banale qui prend ce masque typhoïde ; tantôt c'est au cours de l'évolution plus ou moins larvée de la tuberculose que se présente une pareille poussée évolutive. Et parfois dans ces cas-là si l'examen du thorax se révèle — en dehors de l'examen radiologique — incapable de déceler des signes traduisant l'existence de lésions pulmonaires, on voit se poser la question de la typho-bacilliose.

Et cependant, ces premières poussées de tuberculose pulmonaire affectant la forme typhoïde, étaient bien connues des anciens auteurs et nous les retrouvons décrites dans tous les traités classiques du siècle der-

nier. Nous voulons simplement en rapporter quelques exemples :

Thirial, dans la communication à la Société Médicale des Hôpitaux que nous avons déjà citée, rappelait l'importance de ces formes cliniques : « Rappelons donc, disait-il, et tâchons de ne pas oublier qu'il est des phtisies qui à leur début simulent assez bien la fièvre typhoïde... quelles que soient les causes générales ou locales qui impriment à certaines phtisies ce cachet spécial d'affection typhoïde, il est peu de praticiens qui n'aient à se remémorer des cas où le diagnostic a été pour eux la cause de beaucoup d'incertitude, d'embarras et de soucis, peut-être même en est-il peu qui, à cet égard, n'aient sur la conscience quelques grosses méprises fâcheuses pour le malade, compromettantes pour le médecin ».

La façon dont s'exprime Thirial montre bien qu'il avait une connaissance parfaite et une expérience approfondie de ces faits, et tous les membres de la Société Médicale des Hôpitaux étaient, selon toute vraisemblance, de son avis, car on ne relève dans le compte rendu de la séance, aucune contradiction sur ce sujet.

Pidoux, dans ses « Etudes générales et pratiques sur la phtisie », de 1873, traitant des formes atypiques de la tuberculose pulmonaire, s'exprime ainsi : « Je ne peux abandonner ce sujet sans faire remarquer combien sont fréquents les cas où la phtisie simple et à forme lente débute par l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre muqueuse. »

Enfin Bonnemaison (de Toulouse), dont la lecture des « Essais de Clinique Médicale » (1874) nous a été particulièrement instructive, et qu'en raison de ses idées judicieuses sur la question qui nous occupe, nous aurons à citer encore, insistait sur ces états thyphoïdes marquant la première manifestation apparente d'une tuberculose pulmonaire banale :

« Je vous ai dit que la phtisie commune est facile à diagnostiquer — son étude ne nous offrirait donc qu'un médiocre intérêt — mais je veux vous parler de ces phtisies à début larvé, qu'il importe de reconnaître sous leur masque d'emprunt.

Nous en avons un exemple au n° 36 de notre salle de clinique ; ce malade était venu déjà une première fois atteint de ce qu'on a appelé une fièvre catarrhale muqueuse, ce bouc émissaire de tant d'erreurs pathologiques, dont on abuse à tout propos. Il revient dans nos salles il y a un mois et demi environ, et cette fois nous avons pu l'examiner ensemble.

Au début nous avons pu constater de la fièvre avec prédominance des symptômes abdominaux et en même temps des douleurs fixes à la base de la poitrine, sans toux ni dyspnée. J'auscultai la poitrine avec beaucoup de soins, il n'y avait aucun signe manifeste d'affection thoracique ; et cependant les allures de cette fièvre d'apparence thyphoïde avaient quelque chose de peu rassurant. Aussi, Messieurs, vous pouvez vous souvenir que bien avant l'apparition d'aucun signe stéthoscopique — comme il me répugnait d'admettre une récurrence à court intervalle, d'une

fièvre qui récidive rarement (nous avons trouvé dans une clinique de Landouzy la même opinion exprimée d'une façon analogue) — je vous disais : une tuberculose germe sous cette fièvre d'emprunt, bientôt elle éclatera ».

Et le malade succombait en effet au bout de quelques semaines avec des signes manifestes de phtisie galopante.

Bonnemaison cite encore l'observation d'une jeune fille qui présentait une affection simulant la fièvre typhoïde, mais chez laquelle apparut rapidement des signes d'une lésion pulmonaire du sommet droit en même temps que de petits crachats striés de sang. Cette jeune fille guérit, mais présentait encore par la suite des signes discrets qui indiquaient que « le travail du côté des poumons n'était pas terminé ».

Ainsi ces notions n'avaient pas échappé aux anciens cliniciens et ceux-ci ne doutaient pas de la relation étroite entre le syndrome typhoïde et l'apparition de signes d'auscultation pulmonaire. L'interprétation de ces faits ne paraît pas d'ailleurs avoir soulevé chez eux de problèmes complexes ; pour eux les phénomènes généraux sont directement liés aux lésions sous-jacentes ; ils savaient que celles-ci ne sont pas toujours faciles à déceler, et quand ils ne les entendaient pas, ils ne concluaient pas qu'elles n'existaient pas, mais s'attendaient au contraire à les voir apparaître un jour ou l'autre.

Cette conception nous paraît aujourd'hui particulièrement juste maintenant que nous connaissons

combien les défaillances de l'auscultation sont nombreuses.

A la lumière de l'exploration radiologique nous savons maintenant que des lésions pulmonaires importantes peuvent ne donner que des signes stéthacoustiques minimes voire rester absolument silencieux. Combien de poussées évolutives de tuberculose pulmonaire sont ainsi quotidiennement encore, en l'absence d'un examen aux rayons X, étiquetées grippe, embarras gastrique fébrile, ou même typho-bacillose.

L'allure clinique de la typho-bacillose est d'ailleurs très analogue à celle de la poussée évolutive de tuberculose pulmonaire, telle que M. le Professeur Bezançon l'a décrite il y a quelques années dans son étude sur la fièvre chez les tuberculeux pulmonaires.

« Dans un certain nombre de cas, dit-il, qu'il s'agisse d'une manifestation pulmonaire, sans doute consécutive à une embolie bronchique, partie d'un foyer tuberculeux à évolution plus ou moins active, d'une manifestation pleuro-pulmonaire, ou d'une manifestation en apparence purement pleurale, on assiste à une véritable poussée évolutive cyclique, rappelant l'évolution d'une maladie infectieuse ayant comme elle une période d'augmentation, de plateau, de défervescence.

Le type le plus parfait de ces poussées évolutives est donné par ce curieux syndrome clinique décrit par Landouzy sous le terme imagé de typho-bacillose. »

Et là encore rien ne distingue du point de vue clinique la poussée évolutive banale de tuberculose pulmonaire de la typho-bacillose ; rien, si ce n'est l'absence dans cette dernière de signes de localisation — et nous avons vu combien ce critérium de la typho-bacillose s'est révélé fragile dès que la radiologie nous eut apporté ses nouvelles ressources d'exploration. En effet une pleurésie échappe difficilement à l'examen clinique ; au contraire des lésions parenchymateuses profondes passent facilement inaperçues au seul examen stéthoscopique, et on comprend qu'à l'époque où on ne disposait pas des rayons X, elles aient pu être méconnues. De là à nier leur existence il n'y avait qu'un pas trop aisément franchi.

A vrai dire, à l'heure actuelle de pareilles observations de typho-bacillose ne sont pas fréquentes, du moins à l'hôpital, où l'exploration radiologique est plus facilement systématique ; mais on peut en trouver dans les travaux antérieurs sur cette question. Nous avons déjà cité une observation de la thèse de Grandchamp qui semble bien n'être qu'une poussée évolutive pleuro-pulmonaire.

Les cliniques de Landouzy elles-mêmes nous en fournissent un autre exemple :

« Mme X... 20 ans, mince, frêle, l'habitus lymphatique, n'a pas d'autres antécédents personnels qu'une affection du genou survenue à la suite d'un froid à 16 ans, au milieu d'un état d'anémie assez sérieux ; l'affection du genou soignée par les révulsifs et l'immobilité guérit après trois mois de traitement.

Mariage en 1889, à 20 ans, voyage de noce de six semaines dont on revient fatiguée, enrhumée.

En mai 1889, Mme X... se met au lit après quelques jours de grand malaise, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles. C'est alors que commence tout le syndrome symptomatologique typhoïde qui fait croire à une fièvre typhoïde.

De fait, les prodromes que je vous ait dits, la fièvre, le pouls à 120, la température dépassant 40°, la langue sale, blanche à la base, rouge à la pointe et sur les bords, l'anorexie, la prostration, les rêvasseries, l'adynamie, les soubresauts des tendons, le volume de la rate, tout, sauf l'absence de taches rosées et de singulières oscillations thermiques, semblent conspirer pour faire croire à une dothiéntérie — c'est même dans ce sens que conclut un des médecins les plus experts appelé en consultation.

Vers le trentième jour la convalescence commence, mais péniblement ; pour apyrétique que soit la malade, l'appétit n'est pas ce qu'il se montre d'ordinaire dans les convalescences de dothiéntérie franche ; la jeune femme mange du bout des lèvres, les forces reviennent lentement, l'appétit languit, la malade garde petite mine et ne reprend pas d'embonpoint.

Entre temps, Mme X... tousse et commence à cracher (crachats muqueux) ; c'est alors qu'elle est, en juillet, envoyée à Paris consulter.

La jeune femme est pâle, maigre, fatiguée, sans entraînement, fébricitante, la percussion et l'auscultation permettent de reconnaître sous la clavicule droite un

foyer d'induration. Dans les crachats d'aspect muqueux, que me laisse la malade, je trouve des bacilles en quantité.

J'institue le traitement approprié, en dépit duquel ne survient d'amélioration ni dans l'état général, ni dans l'état local.

En septembre 1889, Mme X... me revient à Paris ; non seulement les lésions ont marché sous la clavicule droite, mais le sommet gauche se prend ; l'état général est mauvais.

Tous les efforts thérapeutiques restent stériles, la mort survient au commencement de 1890. »

Voilà une histoire comme on en voit journellement dans les consultations de phtisiologie, et où un examen radiologique fait précocement montre à coup sûr des lésions souvent déjà importantes.

Voici de même deux observations publiées dans la thèse de Huard, inspirée par Landouzy.

(Observation IV de la thèse de Huard) :

« Malade âgé de 25 ans, sans antécédents particuliers. Est pris depuis le 2 mars 1907 de céphalée, frissons, vomissements, diarrhée. Entre le 5 à l'hôpital : malade abattu, très fatigué, aspect typhique, température à 39°7 ; langue saburrale, humide ; gargouillements dans la fosse iliaque droite, rate perçue sur trois travers de doigts ; légère hépatomégalie, pas de taches rosées.

Examen pulmonaire : sommet droit paraît suspect, submat avec rudesse respiratoire. A la base droite : submatité, diminution du murmure vésiculaire.

Les épreuves de laboratoire sont négatives quant à la typhoïde. L'état typhoïde persiste. Le 17 mars, matité franche de la base droite avec signes d'épanchement peu abondant. Ponction retire 200 grammes de liquide séro-fibrineux avec lymphocytes tuberculisant le cobaye. Signes du sommet plus nets pendant quelques jours où en entend des sous-crépitations.

Régression lente à partir du 30 mars, le liquide ne se reforme pas. Convalescence longue ; le malade sort au mois de mai ; il est revu en juillet où il persiste une obscurité de la base, quelques craquements au sommet. »

Nous reproduisons maintenant une observation publiée dans la même thèse, et qui a été prise dans le service de Landouzy lui-même, à la clinique Laënnec.

« V..., âgé de 47 ans, déménageur, entre le 7 avril 1910 salle Grisolle, lit n° 72, pour faiblesse générale et abattement. Dans son enfance on ne relève pas de maladie grave. A 21 ans il part en Algérie accomplir cinq années de service militaire ; pendant son séjour, il a eu quelques attaques de dysenterie, pas de paludisme ; éthylisme avéré.

Revenu en France, il s'est toujours bien porté jusqu'en 1905 où, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'un malaise général avec frissons, fièvre et expectoration muco-purulente. Il s'est remis assez vite de cette indisposition, mais sa santé a toujours été chancelante depuis ; il a été forcé à maintes reprises de cesser son travail.

Dans ses antécédents héréditaires on ne trouve pas de bacilliose, le malade est célibataire.

7 avril 1910. — Abattu, courbaturé, traînant depuis quelque temps déjà, le malade entre dans le service de M. Landouzy. La température est à 38°5 ; il se plaint de douleurs vagues et d'un point de côté au niveau de la partie inférieure droite du thorax.

Il tousse un peu, son expectoration est muco-purulente. La percussion révèle une légère submatité avec résistance au doigt sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse gauche. A l'auscultation on trouve une respiration rude, sans bruit surajouté, au même niveau.

La pointe du cœur est dans le 5^e espace, le choc est affaibli, les bruits du cœur un peu lointains. Le pouls est petit, dépressible, 66 pulsations. A noter la concordance du pouls et de la température ; les artères sont un peu dures.

A l'examen de l'appareil digestif, la langue est rosée, non saburrale. Pas d'angine ni d'amygdalite. Le ventre n'est ni ballonné ni rétracté. A la palpation, légère défense musculaire des grands droits. Pas de diarrhée, le foie déborde d'un travers de doigt ; la rate n'est pas perceptible. Rien dans les urines, ni sucre ni albumine. On met le malade en observation et au repos.

Ce n'est que quelques jours plus tard, vers le 12, que, frappé de ce que les lésions pulmonaires ne suffisaient pas à expliquer la température élevée : 39°, 39°5, et voyant le malade pâle, inerte, stupéfié, avec un facies typhique, les lèvres fuligineuses, la langue saburrale, on diagnostique une fièvre typhoïde, et on fait faire des enveloppements humides au malade.

Mais le malade n'a pas de taches rosées, pas de gargarisme dans la fosse iliaque droite, pas d'ulcération de Duguet ; le séro-diagnostic typhique au cinquième est négatif. Paratyphique A et B douteux.

15 avril. — Début de phlébite, le malade est pris d'une violente douleur à la face postérieure de la jambe droite, au niveau de la saphène externe, qui se transforme en un cordon douloureux et induré. La température est à 40°, le pouls à 62 ; l'état typhique s'accroît.

L'examen des poumons révèle toujours de la submatité au sommet gauche, une expiration soufflante au même niveau et quelques râles sous-crépitaux au sommet droit.

19 avril. — La rate est percutable sur deux travers de doigts. Pas de diarrhée. Amaigrissement assez marqué. On pense à la possibilité d'une typho-bacillémie de Landouzy et on fait l'hémoculture ; celle-ci est négative, le séro-diagnostic à 1/25 également.

21 avril. — Examen des crachats : négatif.

26 avril. — Le pouls s'accroît à 100. Température 39°4. Le malade s'affaiblit de plus en plus, il ne lit pas et ne s'intéresse plus à ce qui l'entoure.

28 avril. — Pouls à 100, température 39°2. Intradermoréaction positive.

B. K. dans les crachats : c'est la première fois, après plusieurs examens de crachats, qu'on trouve des bacilles.

29 avril. — Pouls à 100, température 39°2. Le malade est plongé dans la stupeur, quelques paroles incohérentes.

3, 4, 5, 6 mai. — Etat général très mauvais, amaigrissement marqué, torpeur.

7 mai. — Examen : craquements à gauche, au tiers supérieur du poumon, et râles sous-crépitaux. Le poumon droit est pris également. »

En résumé, conclut le rapporteur de l'observation, *typho-bacillose avec tuberculose pulmonaire consécutive*.

Nous avons voulu reproduire intégralement cette observation parce qu'elle nous paraît assez typique, et parce qu'elle a été prise sous le contrôle même de Landouzy.

Or, il ne fait pas de doute pour nous — et pensons-nous pour personne actuellement — qu'il s'agisse là, chez un sujet qui semblait avoir eu déjà plusieurs épisodes pathologiques, d'une poussée de tuberculose pulmonaire importante, vraisemblablement même terminale ; l'observation ne dit pas ce qu'est devenu le malade.

Le diagnostic de typho-bacillose repose là, comme dans nombre de cas analogues, sur l'apparition plus ou moins retardée des signes stéthoscopiques d'infiltration pulmonaire, et nous savons maintenant ce qu'il faut en penser.

Evidemment Landouzy n'était pas sans avoir observé de pareils états typhiques accompagnés, en pleine évolution, d'une localisation pulmonaire manifeste. Aussi, après avoir établi dans sa première description, la règle quasi-générale de l'évolution en trois temps — une phase aiguë, une phase de latence,

une phase de localisation — et nous verrons ultérieurement à quoi cela correspond — il admit dans ses publications ultérieures que l'évolution de la typho-bacillose puisse être écourtée, et qu'en pleine période typhique on puisse voir apparaître la localisation.

« Parfois ce passage se fait insensiblement, sans la transition d'une convalescence même ébauchée : le malade reste en proie à une fièvre continue, en même temps que s'esquisse et que peu à peu s'affirme la germination des tubercules. Les signes de localisation apparaissent, le plus souvent sous forme d'infiltration d'un ou des deux sommets, décelable à la percussion et à l'auscultation. »

En fait, si l'on pratique un examen radiologique d'une façon précoce, on trouve toujours, dans ces cas-là, et dès le début, une lésion pulmonaire à la base de cet état typhique.

Nous nous rappelons avoir vu à Leysin un malade âgé de 19 ans dont l'histoire clinique avait débuté par un état typhoïde avec foyer de congestion pulmonaire gauche et diagnostiqué dothiéntérie jusqu'au résultat négatif des épreuves de laboratoire. C'est alors qu'un examen des selles — l'expectoration était nulle — montra la présence de B. K. et qu'un cliché radiographique décela l'existence d'une infiltration excavée sous la clavicule gauche, qui fit instituer un pneumothorax artificiel; depuis lors la tuberculose a suivi une marche normale.

Dans la thèse d'Alibert sur la tuberculose pulmonaire de l'adolescent, nous trouvons citée une observation analogue.

(Observation 50 de la thèse d'Alibert) :

« A... André, 16 ans, s'est trouvé en contact, pendant deux mois, avec un tuberculeux cavitare. Peu de temps après, en février 1929, il est atteint assez brusquement d'une affection aiguë d'allure grippale ; il entre dans un service de médecine générale. En raison de l'état général, de la fièvre en plateau à 39°, d'une splénomégalie légère, et malgré l'absence de taches rosées, on porte le diagnostic de para B, sur la foi d'une séro-agglutination au centième. Cependant la température se met à osciller, l'état général s'altère. On assiste au développement rapide d'un foyer pulmonaire à la partie moyenne du côté droit, caractérisé par la matité, l'exagération des vibrations vocales, un souffle caverneux avec nombreux râles humides. Le malade crache et son expectoration renferme de nombreux bacilles de Koch. La radiologie confirme les signes cliniques montrant un gros foyer d'infiltration à point de départ hilare occupant la partie moyenne du poumon droit.

En raison de l'allure très évolutive de l'affection, un pneumothorax est institué. Les signes généraux s'amendent, et depuis lors la tuberculose pulmonaire revêt une allure banale. »

Ces faits d'ailleurs sont actuellement bien connus, le domaine de la typho-bacillose a ainsi diminué de façon sensible. Et dans l'esprit d'un grand nombre de cliniciens — nous nous en sommes rendu compte au cours de notre enquête dans de nombreux services

hospitaliers — le mot de typho-bacillose ne correspond qu'à un diagnostic provisoire, une façon de s'exprimer volontairement imprécise en attendant que les explorations plus complètes aient fait préciser la localisation tuberculeuse.

TYPHO-BACILLOSE ET PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

Ainsi tuberculose miliaire discrète, pleurésie, poussées évolutives de tuberculose pulmonaire, restreignent déjà pour une bonne part le cadre de la typho-bacillose.

Mais à côté de ces faits, il reste toute une catégorie d'états pathologiques dont l'interprétation est parfois plus délicate, et qui constituent la majeure partie des faits décrits comme typho-bacillose. Ce sont surtout à ces cas cliniques que Landouzy s'est adressé quand il a fait la description de son syndrome et dont il a méconnu la véritable origine : nous voulons parler des cas de typho-bacillose qui ne sont que la traduction d'une primo-infection tuberculeuse.

Pour nous, la grosse majorité des soi-disant typho-bacilloses correspond à une lésion de primo-infection, et la difficulté qu'on éprouve parfois à mettre en évidence cette lésion, la nécessité dans nombre de cas d'avoir pour ce faire une très bonne radiographie, explique au cours de syndromes typho-bacillaires la méconnaissance des lésions sous-jacentes.

Nous avons vu que les cliniciens du siècle dernier

avaient parfaitement reconnu l'existence de formes typhoïdes de la tuberculose correspondant à la description de la typho-bacillose faite ultérieurement par Landouzy, et ressortissant à des lésions variables de tuberculose pulmonaire. Ils n'avaient pas — et pour cause — les notions que nous possédons actuellement sur le début réel de l'infection tuberculeuse. Mais leur remarquable sens clinique, qu'on ne saurait trop admirer, devait leur permettre — tout particulièrement pour les médecins d'enfants — de soupçonner les faits que nous connaissons maintenant.

C'est bien entendu Rillet et Barthez — à qui l'on doit déjà le terme de tuberculose ganglio-pulmonaire — qui nous en fournissent la preuve quand ils décrivent dans leur *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Enfants*, en 1843 : « Le début de la tuberculisatation peut être fébrile, simple ou fébrile typhoïde, et dans ce cas il n'annonce pas toujours que la tuberculisatation doit être générale. »

De même Bonnemaison (de Toulouse), que nous avons déjà cité, avait parfaitement vu ces formes typhoïdes de primo-infection, en se plaçant sur le seul terrain de la clinique : « Dans la tuberculose, disait-il, qui se cache sous les apparences d'une fièvre typhoïde, trois ordres de faits peuvent se présenter :

Dans le premier cas la tuberculose aiguë typhoïde guérit ou bien s'arrête dans son évolution, et l'on pourra ne jamais soupçonner la maladie réelle... et vous comprendrez combien le diagnostic est difficile, s'il n'est pas impossible ; les antécédents héréditaires

peuvent être invoqués... l'absence de taches lenticulaires peut aussi appeler votre attention ; le contraste qui s'établit entre la gravité des signes généraux et la béginité relative des signes abdominaux pourra encore vous mettre sur la voie. En outre, la fièvre présentera souvent une rémittence plus nette. Existence aussi d'anorexie, d'amaigrissement persistant, convalescence précaire.

Dans un deuxième ordre de faits, la tuberculose tuera le sujet ou bien sans tuer le sujet la convalescence ne s'établira point et la phtisie prendra une marche soit aiguë, soit chronique.

Dans le troisième cas enfin, la tuberculose paraîtra respecter le poumon primitivement affecté et viendra terminer son action destructive sur d'autres organes : les méninges ou le péritoine par exemple. »

On ne saurait mieux décrire en un tableau bref l'histoire clinique et les possibilités d'évolution ultérieure de la typho-bacillose, en réalité, comme le conçoit implicitement Bonnemaison, forme typhoïde de la primo-infection.

Toute l'histoire de l'infection tuberculeuse est évoquée dans ce raccourci magistral : après le début à forme typhoïde de la tuberculose, c'est la guérison pure et simple : l'infection tuberculeuse est définitivement arrêtée, ou bien c'est la terminaison fatale au cours de tuberculose aiguë généralisée; d'autres fois c'est l'évolution d'une tuberculose pulmonaire chronique banale. Dans d'autres cas encore c'est la localisation ultérieure de l'infection tuberculeuse sur d'autres

organes, le poumon étant alors souvent respecté après sa première atteinte.

Nous ne saurions mieux faire que de souscrire entièrement à cette conception des formes typhoïdes de la tuberculose, dans le cadre desquelles rentrent les faits décrits sous le nom de typho-bacilliose.

Nous avons dit que, pour nous, la majorité des cas de typho-bacilliose correspondait à la primo-infection tuberculeuse.

Nous voulons dès maintenant préciser que sous le nom de « tuberculose de primo-infection » nous entendons comprendre les phases primaires et secondaires telles que les a décrites Ranke ; c'est-à-dire réunir sous le même vocable d'une part la phase primaire avec apparition du complexe ganglio-pulmonaire et installation de l'état allergique manifesté par la cuti-réaction ; d'autre part la phase secondaire avec sa tendance particulière à la généralisation et à la création d'importants foyers congestifs.

Il est en effet impossible dans la pratique de séparer la période où s'installe le complexe primaire ganglio-pulmonaire, de la période suivante où se développent — le plus souvent autour du chancre d'ino-culation — des réactions inflammatoires plus ou moins intenses et où apparaissent des localisations métastatiques plus ou moins nombreuses.

L'activité du nodule primaire dure tant que dure la phase de généralisation, et ne cesse qu'avec la fin de celle-ci. Ainsi que l'écrit M. Lévesque, chancre d'ino-culation et accidents secondaires sont étroitement in-

triqués. Et ainsi, dans l'évolution générale de la tuberculose, il convient d'opposer deux phases : la première qui, après une période variable suivant la contamination se manifeste par le chancre et l'adénopathie satellite, et ne se termine qu'après la cessation de la tendance à la généralisation : c'est la tuberculose de primo-infection ; la deuxième, où les manifestations ont une allure toute différente et ont en particulier une tendance très nette à rester localisées, et qui correspond à la tuberculose de réinfection.

Cette façon de concevoir la primo-infection tuberculeuse nous dispense d'insister sur le fait de savoir, comme le distinguent certains auteurs, si le syndrome typho-bacillaire correspond plutôt à la phase de généralisation qu'à la constitution du complexe primaire.

Pour nous, il s'agit pratiquement d'une même phase de l'évolution tuberculeuse. Et nous verrons d'ailleurs ultérieurement qu'à l'aspect clinique de typho-bacillose, correspondent des images radiologiques de l'un ou de l'autre type.

Un certain nombre de faits militent à priori pour identifier la majorité des cas de ces typho-bacilloses avec des lésions de primo-infection tuberculeuse.

C'est d'abord que la typho-bacillose a été surtout décrite chez les enfants ; et si les enfants n'ont pas le privilège de la primo-infection — nous y reviendrons — c'est tout de même chez eux qu'elle se rencontre le plus fréquemment ; aussi est-ce dans les services de médecine infantile que l'on observe habituellement les fièvres à allure de typho-bacillose. Landouzy di-

sait déjà à propos d'observations qu'il citait : « Elles se rapportent à l'enfance et à l'adolescence âges auxquels la typho-bacillose s'observe principalement. »

D'ailleurs, en dehors des enfants, c'est chez l'adolescent et l'adulte jeune que l'on rencontre encore la typho-bacillose, et d'une façon générale chez les sujets neufs — qui ont du moins toute chance de l'être — au point de vue de l'infection tuberculeuse.

En outre, chez de pareils sujets, l'histoire évolutive de la typho-bacillose, telle que l'a décrite Landouzy, reproduit très fidèlement l'allure évolutive habituelle de la primo-infection.

C'est ainsi que très fréquemment les malades, après la typho-bacillose, présentent des accidents que l'on est accoutumé maintenant à voir survenir au cours de la tuberculose de primo-infection, en particulier au cours de cette phase de généralisation du processus tuberculeux.

La plupart des observations de Landouzy sont typiques à ce point de vue.

C'est l'histoire d'un enfant de 7 ans qui présente une affection à allure de fièvre typhoïde, mais atypique, diagnostiquée avec quelques réserves. L'enfant se rétablit après quatre semaines de fièvre et d'état typhoïde. Puis, après une phase de latence de quelques mois, brusquement éclate une méningite tuberculeuse qui emporte l'enfant en quelques jours.

De même une fillette de 8 ans fait une fièvre typhoïde de légère, sans taches, sans catarrhe intestinal; à la

suite de la fièvre elle présente toute une série de « bronchites », pendant deux ou trois ans ; alors qu'elle paraissait définitivement remise, éclate un syndrome méningé qui entraîne rapidement la mort.

« Même évolution, mêmes épisodes, écrit encore Landouzy, chez deux enfants: l'un que je soignais en juillet 1888 pour un état muqueux fébrile sans localisation possible, et qui mourait en mars 1889, à trois ans, de méningite tuberculeuse ; l'autre que je traitais en décembre 1889, pour une fièvre muqueuse, sans taches, avec foyer superficiel et transitoire de congestion pulmonaire thoracique droite, et qui mourait à cinq ans, d'une méningite tuberculeuse.

On connaît bien maintenant cette évolution si particulière de la primo-infection tuberculeuse où les premiers accidents, après une durée plus ou moins longue et plus ou moins capricieuse semblent enfin être arrêtés, alors que brutalement éclate la méningite rapidement terminale.

Dans d'autres circonstances il ne sera pas rare de voir survenir quelques semaines après la typho-bacillose une pleurésie séro-fibrineuse ; Landouzy en rapporte un cas particulièrement typique ; de même il n'est pas rare de voir la tuberculose de primo-infection s'extérioriser par une pleurésie séro-fibrineuse, soit que celle-ci constitue la première manifestation de cette tuberculose, comme le rapportent Hamburger, Monti, Eckerström, etc., cités dans la thèse récente de Nico, soit qu'elle ne survienne que plusieurs mois après le début réel, comme le notent Arborelius et d'autres auteurs.

A ce propos, notre observation I qui a trait à une jeune femme récemment arrivée de la campagne alsacienne à Paris, et atteinte de pleurésie interlobaire régressant spontanément en quelques semaines, pourrait rentrer dans le cadre des tuberculoses de primo-infection; l'intensité de la cuti-réaction à la tuberculine semblerait en témoigner.

Quoi qu'il en soit, la similitude d'aspect clinique que nous avons notée entre la pleurésie séro-fibrineuse de l'adolescent, et le syndrome typho-bacillaire s'expliquerait assez bien par le fait qu'il s'agit le plus souvent dans les deux cas de manifestations d'une même période de l'infection tuberculeuse, d'un même état allergique.

D'autres fois, ce ne sont plus des localisations pleurales, mais péritonéales qui font suite, à brève échéance, à la typho-bacillose — ou même ces deux localisations sont associées.

Weill et Mouriquand ont rapporté il y a quelques années plusieurs observations d'enfants chez qui, après une typho-bacillose, sont survenues des localisations méningées, pleurales, péritonéales.

Tous ces faits évoquent bien l'idée, chez de tels malades, d'accidents de la primo-infection tuberculeuse.

Mais plus encore que toutes ces considérations, à la vérité un peu théoriques, ce sont les éléments réunis par l'examen complet des malades — et en particulier l'examen radiologique et la cuti-réaction à la tuberculine — qui confirment chez eux cette notion de tuberculose de primo-infection.

L'idée que nous défendons ici n'est pas — il s'en faut — une notion nouvelle. Ces dernières années en particulier de nombreux auteurs — et surtout des médecins d'enfants — ont défendu avec beaucoup de vraisemblance une pareille hypothèse. Il ne semble pas cependant que cette notion soit entrée dans la pratique courante et c'est ce qui nous autorise, croyons-nous, à insister encore sur ce sujet.

Ce sont, comme nous l'avons vu, les pédiatres qui ont été amenés surtout à discuter les idées de Landouzy. Et c'est Hutinel qui, un des premiers, et peu de temps après la publication de celles-ci, tout en admettant le syndrome clinique de la typho-bacillose, critiqua la pathogénie invoquée par Landouzy. Il faisait remarquer que chez les enfants qu'il avait eu l'occasion d'observer présentant cet état typhoïde dénommée thypho-bacillose, il avait presque toujours décelé des signes d'adénopathie trachéo-bronchique: « Ici nous ne voyons que des enfants, disait le Professeur Hutinel; quand nous observons une fièvre continue que nous croyons être une typho-bacillose, c'est dans les ganglions et particulièrement dans les masses ganglionnaires du médiastin que nous allons chercher les premiers stigmates de la tuberculose. Je vous ai prouvé maintes fois, que c'était là, en effet, qu'ils se découvriraient avant que n'apparaissent d'autres manifestations plus ou moins tardives ». Et Hutinel insistait sur les signes — en particulier dans la région correspondant au hile pulmonaire — susceptibles de faire diagnostiquer l'adénopathie trachéo-bronchique.

On sait bien maintenant — en particulier depuis les publications de M. Ribadeau-Dumas et de notre Maître M. le Docteur Rist, à quoi correspond cette adénopathie trachéo-bronchique. Cette fluxion ganglionnaire au niveau du médiastin n'est, dans ces cas, que la lésion associée au foyer pulmonaire de primo-infection. C'est là le complexe ganglio-pulmonaire de début de la tuberculose humaine.

Si Hutinel n'était pas allé jusque-là dans l'interprétation des signes sur lesquels il insistait, il avait bien vu cliniquement et sans le secours de la radiologie, que la majorité des typho-bacillooses répondait, en fait, à cette lésion ganglio-pulmonaire : « S'il y a des signes de catarrhe, ajoutait-il, il n'est pas rare de les voir se localiser dans un poumon, ou dans une partie d'un poumon — les bronchites locales peuvent siéger au sommet, assez souvent les râles forment un foyer demi-circulaire autour du hile du poumon. Dans d'autres cas, on note des poussées fluxionnaires atypiques qui rappellent les pneumonies abortives, et qui font craindre l'apparition d'une pleurésie ».

Parmi d'autres observations où il avait noté la présence de symptômes d'adénopathie médiastinale, Hutinel relatait l'histoire suivante, assez typique, nous semble-t-il, de ces formes de tuberculose de primo-infection avec grosse réaction ganglionnaire :

« Béatrice X..., deux ans et demi, plusieurs parents tuberculeux dans sa famille. Le 23 juillet la température s'élève progressivement, atteint 39°, et reste entre 38° et 39° pendant dix jours. Le 31 juillet, enfant

abattue, grognon ; langue sèche, un peu collante ; pas de ballonnement, ni de rétraction du ventre, pas de gargouillement iliaque, pas de diarrhée, pas de taches rosées, mais le foie et la rate sont augmentés de volume.

Le pouls oscille entre 90 et 100; le tracé thermique est à peu près celui d'une fièvre continue. Il n'y a pas de bronchite, pas d'adénopathie, pas de réaction méningée; le cœur est normal ; il ne semble pas y avoir ni céphalée, ni vertiges, il n'y a pas d'amaigrissement. On admet avec réserves le **diagnostic** de fièvre typhoïde. Mais le séro-diagnostic est absolument négatif pour la typhoïde, et douteux pour la para-typhoïde. Les résultats de l'examen du sang ne vont pas non plus avec le diagnostic de dothiéntérie.

Quinze jours après l'enfant était guérie; la température avait progressivement baissé, l'état général s'était amélioré. Mais peu après, on remarquait que la fillette faisait entendre un bruit respiratoire singulier lorsqu'elle courait ou était émue, de plus elle tousait en quintes et cette toux était fréquemment suivie de vomissements alimentaires.

Le 1^{er} novembre on constate les signes suivants : cornage évident plus ou moins net suivant les cas, mais permanent, calmé par le repos, accru par les mouvements ; bronchite unilatérale droite, phénomènes hilaires à droite : submatité, expiration soufflante. Dans le reste du poumon droit, grosse diminution respiratoire, sans aucune modification de la sonorité; tachycardie, toux coqueluchoïde, pas de fièvre, pas

d'adénopathie inguinale, axillaire ou cervicale, peu d'amaigrissement, pas de troubles digestifs. Il était naturel de porter le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique droite ».

Adénopathie trachéo-bronchique droite, c'est-à-dire complexe ganglio-pulmonaire de primo-infection tuberculeuse, avec ici, grosse réaction ganglionnaire.

Après Hutinel, et surtout depuis l'apparition de la radiologie de nombreux auteurs se sont efforcés de mettre en évidence les lésions ganglio-pulmonaires au cours du syndrome typho-bacillaire. Et c'est maintenant une opinion assez couramment admise chez les pédiatres que la primo-infection tuberculeuse se manifeste dans un certain nombre de cas sous une forme typhoïde, qui répond à l'ancienne description de Landouzy.

Dans la thèse récente de Mlle Sourdillon, inspirée par M. le Professeur Debré et consacrée à l'étude des premières manifestations cliniques et radiologiques de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, nous trouvons relatées quinze observations de petits malades chez lesquels la tuberculose a débuté par une fièvre à type de typho-bacillose.

L'auteur écrit à propos d'une de ces observations : « Nous voici amenés à rapprocher la fièvre de nos enfants tuberculisés de ce mal individualisé par Landouzy, évoluant sous le masque d'une typhoïde, sans foyer perceptible cliniquement, tendant vers la guérison spontanée, et traduisant l'infiltration bacillaire du sujet. Il existe, il est vrai, de grandes différences

dans les cas qui nous occupent : la présence d'un foyer pulmonaire. Mais ce foyer n'étant bien souvent pas décelable cliniquement, devait passer inaperçu du temps où les moyens d'investigation se réduisaient au doigt et à l'oreille. A l'heure actuelle, il reste encore ignoré bien souvent pour ceux qui s'en remettent à la seule exploration clinique — et nous nous demandons si la typho-bacillose de Landouzy n'est pas simplement un mode sévère de cette fièvre du début d'imprégnation, que nous relevons dans nos observations ».

C'est qu'en effet, là encore, nous retrouvons cette fragilité du critérium de la typho-bacillose — l'absence de localisation — devant le test radiologique. Tous les auteurs qui se sont occupés de la primo-infection tuberculeuse ont insisté sur la grande variabilité des signes stéthoscopiques traduisant de pareilles lésions ; il ne s'agit souvent que de vagues signes de bronchite plus ou moins nets ou plus ou moins fugaces, très souvent même on ne perçoit absolument rien, et on comprend comment à l'époque où l'examen radiologique n'existait pas de telles lésions pouvaient passer inaperçues. Tout a changé quand on a pu examiner le thorax aux rayons X — on s'est ainsi rendu compte que des lésions parfois très étendues pouvaient rester parfois entièrement muettes.

C'est ainsi qu'on est revenu à une conception plus juste de la typho-bacillose, qui n'est plus dans nombre de cas, qu'une forme clinique particulière, une forme typhoïde, de la primo-infection.

De nombreuses observations ont été publiées, en particulier chez l'enfant, depuis plusieurs années. Tout récemment, M. Poix, avec Thoyer, en relataient de nouvelles, et nous-même avons pu en recueillir quelques-unes.

Obs. II (POIX et THOYER). — L... Jacques, âgé de 9 ans ; parents bien portants, une petite sœur âgée de 6 ans ; aucun contact infectant apparent. L'enfant a été atteint de coqueluche à 3 ans et de rougeole à 9 ans, affections qui se sont montrées bénignes et ont évolué sans complications ; santé excellente jusque dans les derniers jours de janvier 1933. A ce moment apparaissent quelques signes de fatigue accompagnés d'inaptitude au travail, de perte de l'appétit avec langue saburrale qui n'empêchèrent pas d'ailleurs l'enfant de se rendre en classe.

Le 1^{er} février, au matin, la mère prend la température, constate qu'elle atteint 39°4, croit qu'il s'agit d'un léger embarras gastrique et administre une petite dose de calomel. La température se maintenant entre 39°5 et 40°, le médecin de la famille constate une légère rhino-pharyngite qui lui paraît trop bénigne pour déterminer une courbe thermique aussi élevée.

L'enfant est mis en observation et une petite dose de calomel est prescrite pendant trois jours. La température se maintient en plateau les jours suivants ; on pense à une infection paratyphique et on prescrit de l'adrénaline et des bains qui sont donnés à raison de quatre par jour pendant une dizaine de jours.

Pendant toute cette période on ne constate ni toux ni expectoration, aucun signe d'auscultation anormale, sauf quelques ronchus, pas de taches rosées lenticulaires, état général conservé satisfaisant malgré l'hyperthermie, pas d'abattement.

Enfin, à partir du treizième jour, commence la défervescence en lysis, la température s'abaisse de deux ou trois dixièmes par jour, pour devenir normale à partir du dix-huitième.

Une cuti-réaction pratiquée à ce moment est fortement positive avec aspect phlycténoïde.

L'examen radiologique révèle une opacité droite dense, vaguement arrondie, à topographie para-hilaire, donnant un aspect typique de tuberculose ganglio-pulmonaire de primo-infection.

Cette lésion ne s'accompagne d'aucun signe stéthacoustique appréciable ; l'enfant suit une cure hygiéno-diététique rigoureuse. La température se maintient normale ; on ne constate aucun symptôme fonctionnel digestif ; le poids est en augmentation progressive.

Obs. III (POIX et THOYER). — Odette B..., 12 ans, bien portante jusqu'à ces derniers temps se plaignait de fatigue depuis quelques semaines.

Le 1^{er} avril, les parents inquiets de cette fatigue persistante, prennent la température et constatent qu'elle atteint 38°3 ; les jours suivants la fièvre s'élève à 39°4 le soir pour ne descendre qu'à 38°4 le matin.

Le médecin appelé pense à une fièvre typhoïde, malgré que la malade ne présente que de l'asthénie et de la fièvre, sans troubles digestifs ; la langue est humide, ni toux, ni expectoration ; quelques signes discrets de bronchite à l'auscultation ; la rate n'est pas augmentée de volume ; pas de taches rosées. Le pouls montre une légère dissociation avec la température et oscille entre 85 et 100.

Le 3 avril, une hémoculture pratiquée donne un résultat négatif ; les jours suivants, pendant deux semaines, la température se maintient en plateau autour de

39° ; le séro-diagnostic est négatif, aussi bien pour l'Eberth que pour les para-typhiques.

Le 13 avril, le Docteur Even appelé fait le diagnostic de typho-bacillose probable; afin de confirmer ce diagnostic, il fait pratiquer une cuti-réaction et une radiographie.

La cuti-réaction est très fortement positive et le cliché radiographique montre à droite une image thoracique normale, et à gauche une plage d'ombres arrondies juxta-hilaire, reliée par des tractus à un petit foyer d'opacité en plein parenchyme au milieu du lobe inférieur.

L'auscultation ne révèle aucun signe anormal.

Après deux semaines de cet état fébrile en plateau, entre 38° et 39°, la température redescend autour de 38° matin et soir, s'y maintient pendant une dizaine de jours et redescend entre 37° et 38° jusqu'au 17 mai. A ce moment la malade augmente de poids, reprend des forces, son état général redevient satisfaisant.

Un second cliché radiographique, pratiqué le 15 mai, montre une diminution considérable de l'ombre hilaire, de même que des petits foyers parenchymateux du lobe inférieur.

Ces deux observations, en particulier l'observation III, comportent des images radiographiques typiques du complexe primaire tel qu'on peut l'observer au cours de la phase primaire de Ranke.

Obs. IV (inédite) (Docteur AZOULAY). — G... Henri, 15 ans. Antécédents héréditaires : néant. Contact intermittent avec une tante suivie dans un dispensaire anti-tuberculeux, pour tuberculose fibreuse, sans expectoration bacillifère.

Santé habituellement délicate, tousse facilement, coqueluche, rougeole, scarlatine dans l'enfance. Soigné en

janvier 1932 pour une synovite. Ablation de polypes. Reprise des études après un arrêt de quelques jours.

Le 7 mars 1932, tombe malade, la fièvre monte entre 39° et 40° ; quelques vomissements, sueurs nocturnes, pas de diarrhée. Au bout de dix jours d'état fébrile continu, on voit apparaître quelques taches rosées atypiques. On conclut à fièvre typhoïde et le malade est hospitalisé en banlieue.

Les examens de laboratoire restent négatifs quant à une fièvre typhoïde ou para-typhoïde, néanmoins le diagnostic est maintenu. L'état typhoïde dure 18 jours, puis la température descend lentement, le malade se lève au bout du 35^e jour.

Quelques semaines après — mai 1932 — le malade est examiné par le Docteur Azoulay, au dispensaire anti-tuberculeux. L'examen montre un adolescent maigre, un peu pâle. Il ne tousse pas, ne crache pas, il n'a plus de fièvre. L'auscultation fait entendre seulement une respiration bronchique dans la fosse sus-épineuse droite.

L'examen radioscopique montre une image thoracique gauche normale ; à droite une opacité juxta-hilaire, homogène, triplant le volume normal du hile.

La cuti-réaction est très fortement positive, papulo-vésiculeuse. Le malade est envoyé dans un préventorium où il séjourne six mois.

A son retour, en janvier 1933, il va bien, a engraisé de 7 kilos, ne tousse pas. L'auscultation est normale. La radiographie ne montre plus qu'un léger épaississement du pôle inférieur du lobe droit.

Revu en janvier 1934, est en bon état : il ne tousse pas, l'auscultation est normale, la radiographie montre seulement une calcification de la grosseur d'un pois, au niveau du pôle supérieur du hile droit. La cuti-réaction est normalement positive.

Obs. V (inédite) (due à l'amabilité de Mme le Docteur ABRAHAM). — M... Hélène, 7 ans. Est suivie au dispensaire depuis 1931. Sa mère tousse et crache, mais les examens clinique, radiologique et bactériologique restent négatifs. Un frère et une sœur sont morts de convulsions en bas âge.

Dans les antécédents personnels on ne relève qu'une broncho-pneumonie à l'âge de 3 ans.

Au premier examen, en 1931, l'enfant est apparemment bien portante. La cuti-réaction est négative. Une radiographie faite en novembre 1931 montre une image thoracique normale.

L'enfant est revue plusieurs fois en 1932, est bien portante, la cuti-réaction toujours négative.

Le 10 octobre 1933 l'enfant est ramenée au dispensaire parce que dans le courant du mois de septembre elle a présenté une affection aiguë marquée par de la fièvre à 40°, en plateau, pendant quinze jours. L'auscultation fait entendre des râles sibilants et ronflants dans les deux champs pulmonaires. La radiographie montre (fig. 2) à droite une ombre d'opacité dense reliée au hile, nettement augmenté de volume.

La cuti-réaction est fortement positive.

Obs. VI (inédite) Docteur AZOULAY). — R... Gui, 3 ans. Mère présente en juin 1932 une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère. L'enfant, habituellement élevé par ses grands-parents, reste par hasard à ce moment-là en contact avec sa mère pendant une quinzaine de jours, puis est séparé d'elle.

Vu en juillet, il paraît bien portant, l'examen ne révèle rien d'anormal ; la radiographie montre une image thoracique normale. La cuti-réaction est négative.

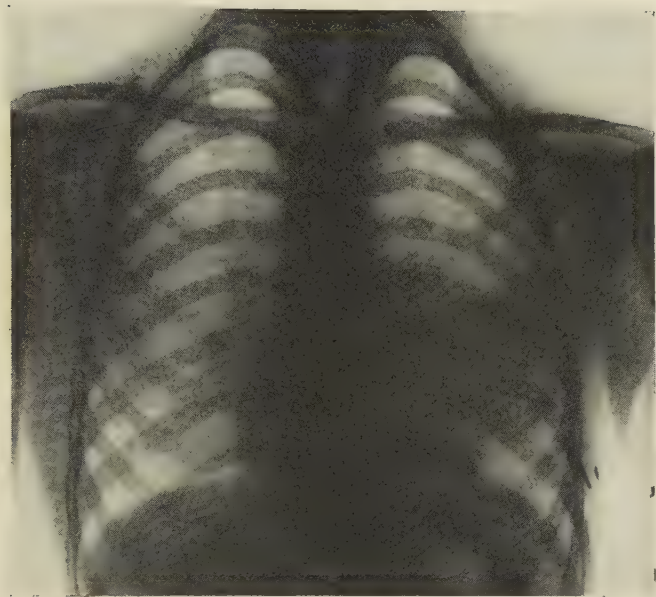


FIG. 2. — *Obs. V*
Ombre d'opacité dense
juxta-hilaire gauche ; image
de spléno-pneumonie.

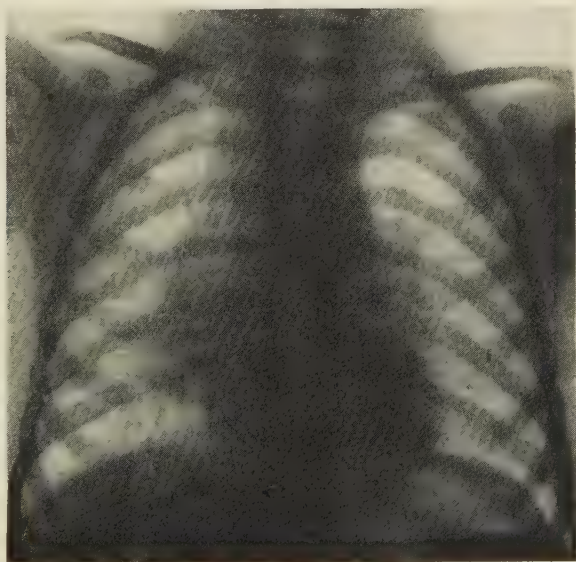


FIG. 3. — *Obs. VI*
Opacité para-hilaire droite
dessinant une ombre allon-
gée, homogène.

Le 10 août suivant la fièvre apparaît et monte rapidement à 39°-40°. Elle se maintient ainsi trois semaines, mais en présentant des oscillations assez accentuées : 38°5 le matin, 40° le soir.

Elle s'accompagne de diarrhée, de quelques vomissements. L'enfant est abattu, somnolent dans la journée, souvent agité la nuit.

Au bout de quelques jours on voit apparaître un érythème polymorphe. La rate est grosse, le foie augmenté de volume, l'anorexie est totale, l'amaigrissement rapide.

La température commence à baisser le 1^{er} septembre, en même temps que l'érythème, après deux ou trois poussées, disparaît. La température reste oscillante entre 37° et 38°, jusqu'à la fin de septembre où elle redevient normale. Le petit malade reste fatigué et amaigri plusieurs semaines encore.

Un examen radiographique pratiqué le 13 septembre montre (fig. 3) une opacité para-hilaire droite dessinant une ombre allongée en amande, ne descendant pas jusqu'au diaphragme.

La cuti-réaction pratiquée le même jour se montre fortement positive, papulo-vésiculeuse.

Les deux observations précédentes présentent un intérêt particulier du fait qu'il s'agit d'enfants suivis antérieurement à leur maladie. Chez ces deux enfants la cuti-réaction était négative avant les épisodes fébriles typhoïdes, pour devenir fortement positive à partir de celui-ci. Dans l'observation VI en particulier on a pu suivre de près l'apparition de la primo-infection. L'enfant est examiné immédiatement après un contact fortuit de quinze jours avec sa mère tuberculeuse : l'examen est entièrement négatif ; ce n'est que le 10 août suivant qu'éclatent les accidents, délimitant ainsi nettement la période ante-allergique.

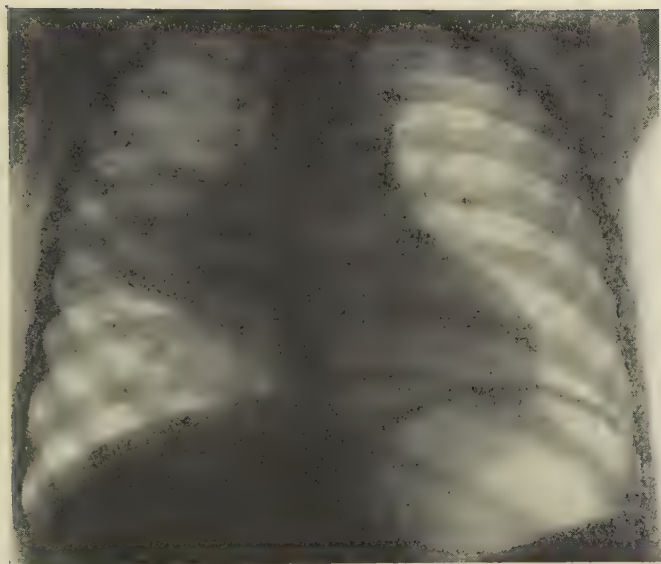


FIG. 4. — *Obs. VII*

Large ombre homogène
juxta-hilaire droite, image
de spléno-pneumonie.

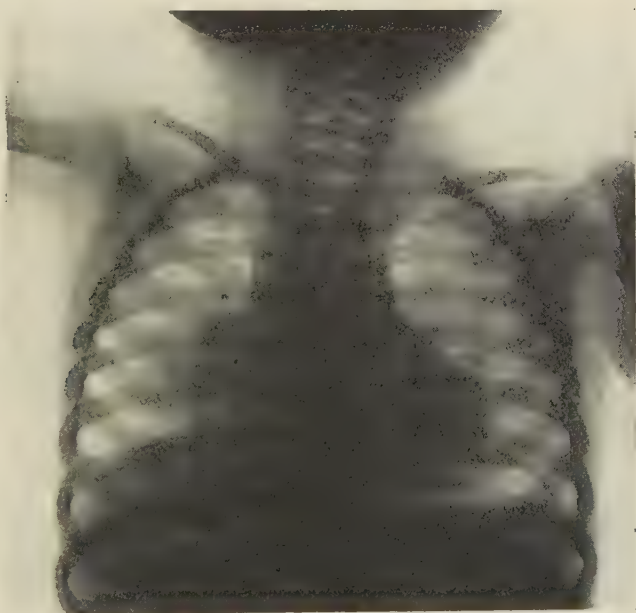


FIG. 5. — *Obs. VII*

Persistence de l'ombre
juxta-hilaire droite, mais
nettement diminuée de vo-
lume.

Obs. VII (inédite) (Docteur AZOULAY). — V... Louis, 2 ans, fait au mois de décembre 1929 une rougeole normale qui est bientôt suivie d'un état fébrile prolongé : température oscillant aux environs de 39°, quelques vomissements, diarrhée, enfant somnolent, très fatigué, pas de taches rosées.

Rate augmentée de volume, foie légèrement hypertrophié, pas de signes thoraciques.

L'état typhoïde persiste un mois, une cuti-réaction faite en décembre se montre fortement positive. Un cliché radiographique à la date du 10 décembre décèle l'existence, dans l'hémi-thorax droit, d'une large ombre homogène para-hilaire (fig. 4).

Fin décembre la température est redevenue normale, mais l'enfant reste pâle, amaigri pendant plusieurs semaines.

Une nouvelle radiographie, le 10 février 1930, montre encore (fig. 5) l'existence d'une ombre para-hilaire droite, mais nettement diminuée de volume.

En février 1931, l'enfant fait une tumeur blanche du coude droit. Une radiographie faite à cette époque montre simplement un hile droit un peu augmenté de volume (fig. 6).

Obs. VIII (inédite) (Service du Docteur LESNÉ). — Nous avons recueilli cette observation dans le service de M. le Docteur Lesné, à l'hôpital Trousseau. Nous sommes heureux de remercier M. Lesné de l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé ; nous lui en exprimons respectueusement notre reconnaissance.

A... Zacharie, 6 ans. Antécédents héréditaires : néant. Dans les antécédents personnels, on ne relève qu'une rougeole. L'enfant entre à l'hôpital le 29 novembre 1933, malade depuis trois semaines. Il présente depuis ce temps une température entre 39° et 40°.

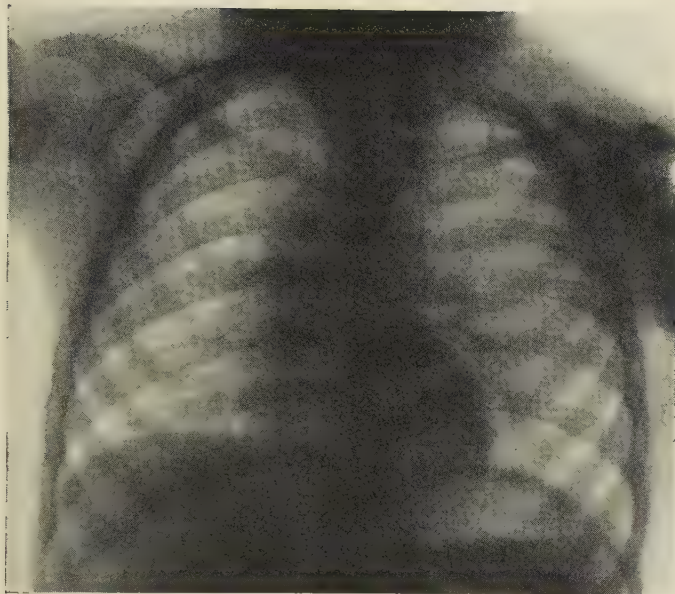


FIG. 6. — *Obs. VII*

Champs pulmonaires sensiblement normaux, le hile droit reste cependant un peu augmenté de volume.

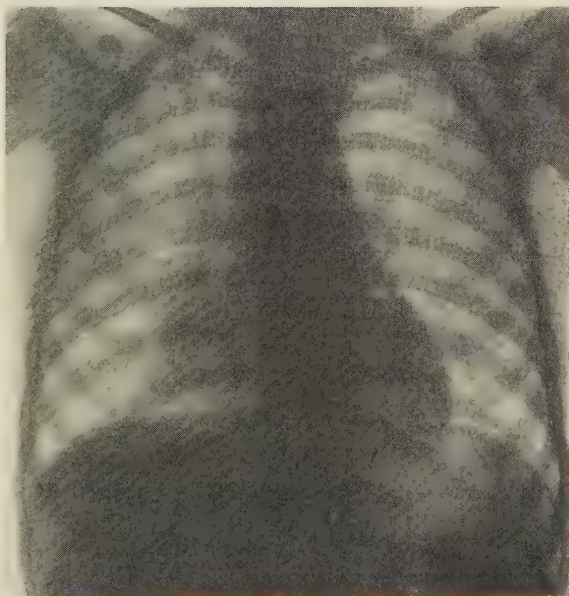


FIG. 7. — *Obs. VIII*

Opacité dense péri-hilaire droite. Sur le bord droit de la trachée, ombre allongée, à bords réguliers à type ganglionnaire.

Malade pâle, fatigué, amaigri ; la température est élevée : le matin aux environs de 38°, le soir entre 39° et 40°. Le pouls est rapide, mais légèrement dissocié, pas de vomissements, pas de diarrhée, langue blanche et étalée, rouge sur les bords.

L'abdomen est souple, dépressible, la fosse iliaque droite gargouillante. On ne découvre aucune tache rosée. La rate est percutable sur plusieurs travers de doigts. Le foie, légèrement hypertrophié, déborde un peu les fausses-côtes.

L'examen du thorax révèle de la submatité aux deux bases et quelques râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires. En outre, à la partie moyenne de l'hémi-thorax droit la respiration bronchique de l'espace inter-scapulo-vertébral se propage assez loin en dehors.

Dès ce moment on pratique : une hémoculture qui reste négative, une épreuve de l'agglutination des bacilles typhiques et para-typhiques pareillement négative ; une cuti-réaction qui est au contraire très rapidement et très fortement positive, phlycténulaire ; une radiographie enfin qui montre (fig. 7) une opacité dense, péri-hilaire droite, avec au pôle supérieur du hile, sur le bord droit de la trachée, une ombre allongée, à bords réguliers, figurant, selon toute vraisemblance, une ombre ganglionnaire.

La fièvre reste élevée jusqu'au 20 décembre, dessinant des oscillations de plusieurs degrés. Les signes thoraciques sont plus accusés à la base droite, à partir du 10 décembre ; on note alors une diminution sensible de la matité, quelques râles bulleux après la toux.

Une nouvelle radiographie faite le 11 décembre montre (fig. 8) une opacité nettement plus étendue, descendant presque jusqu'au diaphragme, avec toujours l'image ganglionnaire sur le bord droit de la trachée.

La température s'abaisse progressivement et atteint

37° les premiers jours de janvier, tandis que les signes thoraciques persistent. Le petit malade est envoyé en préventorium dans le courant du mois de janvier 1934.

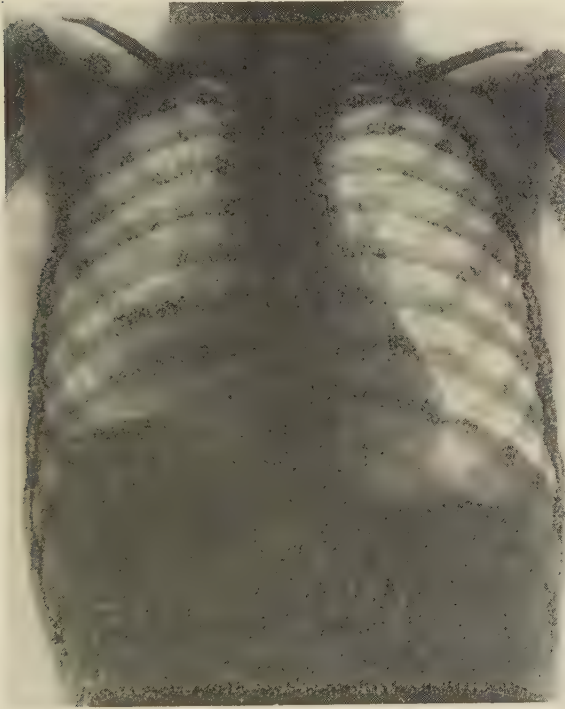


FIG. 8. — *Obs. VIII*

Opacité nettement plus étendue que sur la radiographie précédente. Image ganglionnaire toujours visible sur le bord droit de la trachée.

Le 20 décembre nous avons pratiqué une hémoculture sur milieu de Lœwenstein qui n'a permis de découvrir aucun élément figuré susceptible d'être rattaché au bacille de Koch.

Obs. IX (inéдите) (Docteur ROUCAUTE). — Nous devons cette observation à M. le Docteur Roucaute (de Levallois-Perret) que nous sommes heureux de remercier pour son aimable accueil.

Ph... Christiane, 6 ans. Au décours d'une scarlatine qui a évolué jusque-là normalement, sans complication, on voit à partir du 8 janvier 1934, la température monter rapidement et se maintenir autour de 39°, à peu près en plateau pendant trois semaines.

L'enfant est pâle, fatiguée, le pouls est rapide, mais non en rapport avec la température. La langue est blanche au centre, rouge à la pointe. L'abdomen est souple, on ne découvre pas de taches rosées. La rate et le foie sont légèrement hypertrophiés.

L'examen du thorax ne révèle que quelques râles de bronchite aux bases. Le diagnostic de fièvre typhoïde est rapidement infirmé par les examens de laboratoire qui restent négatifs en ce qui concerne les bacilles typhiques et para-typhiques.

La température, qui atteint 37° le 28 janvier, reste encore subfébrile, oscillant entre 37° et 38°, pendant un mois encore.

Le 19 février une radiographie montre (fig. 9) une ombre dense, assez homogène, occupant à droite, sur la hauteur de deux espaces intercostaux, toute la largeur de l'hémithorax.

Obs. X (inéдите) (Docteur AZOULAY). — A... René, 2 ans 1/2. Parents et grands-parents bien portants. L'enfant a été toujours bien portant jusqu'en avril 1933. A ce moment fait un séjour de deux mois chez une tante, jeune fille de 17 ans, qui a jadis séjourné dans un préventorium pendant deux ans, et qui actuellement tousse. Depuis ce moment l'enfant est souvent malade, facilement

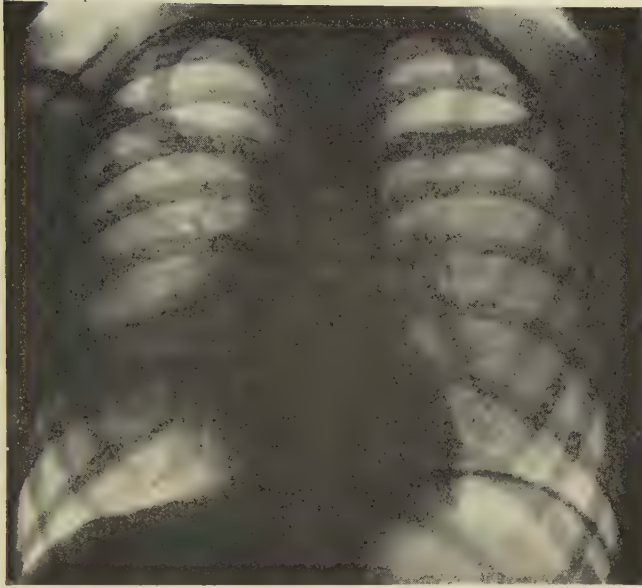


FIG. 9. — *Obs. IX*

Ombre dense, assez homogène, occupant dans le champ pulmonaire droit, sur la hauteur de deux espaces intercostaux, toute la largeur de l'hémi-thorax. Image de spléno-pneumonie.



FIG. 10. — *Obs. X*

Image de spléno-pneumonie droite. Ombre arrondie et régulière sur le bord droit de la trachée.

enrhumé, il a présenté des adénites cervicales non suppurées.

Le 26 décembre il se réveille malade avec une température à 40°. A partir de ce moment la fièvre reste élevée, d'abord en plateau, aux environs de 40°, puis dessinant des oscillations assez larges, de un degré et demi à deux degrés ; le petit malade n'est pas abattu, il joue dans son lit dans la journée, n'est pas anorexique, mais dort mal. L'abdomen est souple, non gargouillant. Pas de taches rosées. Rate et foie augmentés de volume. Pas de signes thoraciques.

En présence de ce tableau clinique, l'existence de tuberculose est immédiatement suspectée ; une cuti-réaction faite le 8 janvier est très fortement positive, papulo-vésiculeuse.

Une radiographie, le 16 janvier, montre une large ombre dense homogène, occupant à droite la moitié de l'hémi-thorax, laissant libre la base et le sommet. On note en outre une grosse ombre arrondie et régulière sur le bord droit de la trachée (fig. 10).

Les trois observations précédentes démontrent bien l'existence au cours du syndrome typho-bacillaire, de ces spléno-pneumonies déjà décrites par Grancher, et que les travaux de M. Ribadeau-Dumas en France, de Mlle Eliasberg et de Neuland en Allemagne ont fait rentrer dans le cadre de la primo-infection tuberculeuse.

L'étude de ces manifestations de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant montre bien que souvent elles évoluent avec l'aspect typho-bacillaire, et qu'ainsi la typho-bacillose, qui a été artificiellement isolée, est en réalité fréquemment rattachable à la tuberculose de primo-infection.

Rien n'est plus variable en effet, dans ses manifestations cliniques, que l'éclosion de la primo-infection. Toutes les transitions existent entre celles qui s'installent à bas bruit seulement décelées par une cuti-réaction fortuite, et celles qui s'annoncent par des signes généraux importants allant jusqu'à réaliser un véritable état typhoïde. Et de même, rien n'est plus variable que le rapport entre les signes généraux, les signes physiques et l'étendue du foyer pulmonaire. « Toutes les formes sont possibles, écrit Ribadeau-Dumas: typho-bacillose avec gros signes physiques ou sans signes physiques — gros signes physiques sans fièvre, etc... ». Parfois les signes physiques sont tellement importants qu'ils font croire à l'existence d'une pleurésie, et c'est la ponction exploratrice négative à plusieurs reprises qui élimine ce diagnostic. Parfois, au contraire, nous l'avons vu dans plusieurs de nos observations, les signes stéthacoustiques sont absolument nuls, et c'est l'examen radiologique qui montre la lésion pulmonaire : tantôt complexe ganglio-pulmonaire de petit volume apparent, tantôt volumineuse ombre de spléno-pneumonie et tout cela sans aucun parallélisme avec les signes généraux.

La constatation d'un syndrome typho-bacillaire ne permet donc en aucune façon de préjuger des caractères du foyer pulmonaire dont il est presque à coup sûr la traduction. Il s'agit uniquement d'une forme typhoïde de la tuberculose, le plus souvent de primo-infection, dont le substratum pulmonaire est essentiellement variable quant à son étendue.

Toutes les formes cliniques d'intensité différente de la primo-infection que l'on observe chez l'enfant, se retrouvent au moins aussi nettement chez le nourrisson ; on peut même observer chez celui-ci, contrairement à ce que pensent certains, un véritable syndrome typho-bacillaire, ou pour mieux dire une forme typhoïde de cette primo-infection ; forme typhoïde à la manière du nourrisson, qui ne reproduit évidemment pas le tableau tel qu'on peut le trouver chez l'adulte — mais qui se manifeste tout de même — avec les différences d'allure propres au nourrisson — par la fièvre élevée, les troubles digestifs, l'amaigrissement et l'anorexie.

On connaît l'observation classique de M. Ribadeau-Dumas, une de celles qui lui ont servi à l'étude des « formes curables de la tuberculose ganglio-pulmonaire du nourrisson ». Il s'agissait d'un enfant élevé au sein et mis à neuf mois entre les mains d'une nourrice tuberculeuse. A douze mois on vit se développer un véritable état typhoïde, accompagnant de gros signes physiques à droite, qui auraient pu en imposer pour une pleurésie, si on n'avait constaté l'absence de déplacement des organes du médiastin et l'existence d'une zone de matité à la base.

La cuti-réaction était fortement positive « donnant une énorme saillie vésiculeuse », et la radiographie montrait une importante image de spléno-pneumonic.

Toute l'évolution se fit avec une température très élevée, un état général très touché, diarrhée, amaigrissement. L'enfant guérit au bout de plusieurs semaines, et quelques années après était bien portant, avec examen radiologique négatif.

Mais à côté de ces formes typhoïdes accompagnant des signes physiques importants, les cas sont fréquents où avec les mêmes signes généraux impressionnants et les mêmes signes de spléno-pneumonie, on ne décèle cependant que des signes physiques nuls ou insignifiants.

L'expérience de la crèche de la Clinique Laënnec où sont recueillis les nourrissons de mères soignées pour tuberculose pulmonaire est à ce propos particulièrement instructive. Nous avons pu, grâce à la grande amabilité de M. le Docteur Lamy, compulser les fiches de ce service. Les nourrissons entrent le plus souvent en pleine période ante-allergique, c'est-à-dire avec une cuti-réaction encore négative. Et c'est dans le service même qu'on voit apparaître la première cuti-réaction positive, accompagnée de signes cliniques d'une extrême variabilité. C'est tantôt une légère fébricule et une minime et éphémère chute de poids qui accompagne sur le terrain clinique l'apparition de l'allergie, et cela avec une image radiographique d'importance variable. Tantôt au contraire, c'est tout un cortège de signes généraux importants, d'allure typhoïde qui traduit cliniquement la réaction de l'organisme à l'infection tuberculeuse. Nous avons relevé, parmi bien d'autres, deux observations de ce dernier type.

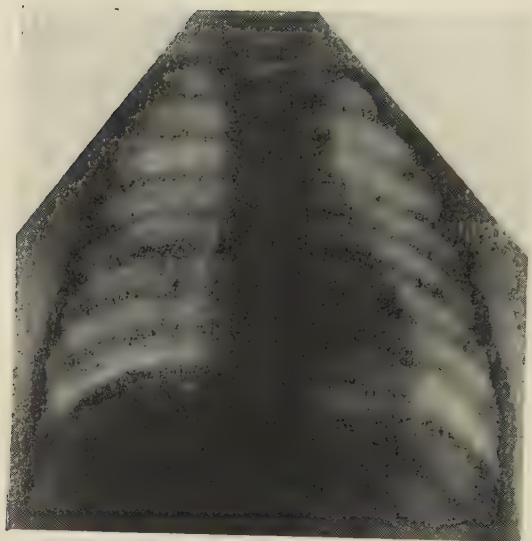


FIG. 11. — *Obs. XI*
Ombre opaque para-hilaire
droite.

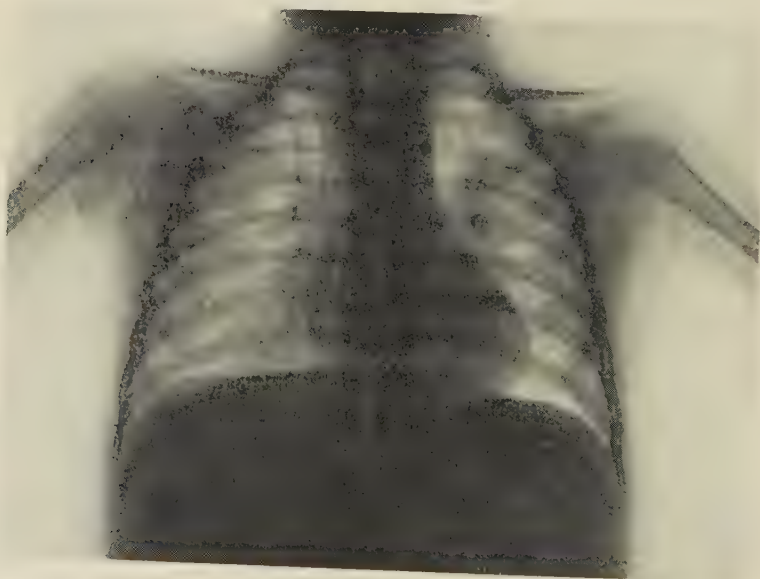


FIG. 12. — *Obs. XII.* Ombre opaque, assez homogène, para-hilaire gauche.

Obs. XI (inédite) (Crèche de la Clinique Laënnec). — V... Simon, né le 1^{er} janvier 1930, entre dans le service le 26 avril. Enfant né à terme, non vacciné au B. C. G., nourri jusqu'alors au sein par sa mère atteinte de tuberculose pulmonaire. Enfant bien portant, pesant 6 kgs 500. A son entrée, cuti-réaction et intra-dermo-réaction négatives ; cliché du thorax normal.

Le 6 mai, la température s'élève à 38°, et atteint les jours suivants 39°, oscillant ainsi entre 37°5 et 39°5 pendant trois semaines. L'enfant présente des troubles digestifs : vomissements et diarrhée, il fousse un peu ; ventre souple, rate normale, foie légèrement augmenté de volume.

Examen clinique du thorax négatif ; la courbe de poids subit une brusque descente et passe en trois semaines de 6 kgs 600 à 6 kgs 300. En même temps la cuti-réaction est positive à partir du 7 mai. Une radiographie faite le 20 mai montre une ombre opaque à contours vaguement arrondis, para-hilaire droite (fig. 11).

La température redevient normale aux environs du 30 mai et le poids remonte, mais vers cette époque s'installe une toux coqueluchoïde qui dure trois semaines ou un mois. La cuti-réaction est toujours fortement positive. L'ombre radiologique se nettoie peu à peu et disparaît en plusieurs mois.

L'enfant sort de la crèche très bien portant en avril 1931.

Obs. XII (inédite) (Crèche de la Clinique Laënnec). — Ch... Huguette, née à terme. Pas de B. C. G. Reste en contact avec sa mère tuberculeuse qui la nourrit au sein jusqu'à 8 mois, puis au biberon. Mise à 9 mois en nourrice. Entre le 7 mai 1931 à la crèche : poids 8 kgs 200.

Enfant bien portante, cuti et intra-dermo-réaction négatives.

A partir du 15 mai la température s'élève et atteint progressivement 39° en trois jours ; reste au voisinage de 39° pendant une semaine, puis entre 38° et 39° pendant encore dix jours ; redescend progressivement pour redevenir normale à partir du 8 juin.

Parallèlement le poids, qui atteignait 8 kgs 400 le 14 mai, descend à 7 kgs 800 le 11 juin, pour reprendre ensuite sa courbe ascendante.

Cette évolution fébrile s'accompagne de troubles digestifs : diarrhée, vomissements. L'abdomen est souple, le foie et la rate sont nettement augmentés de volume. L'enfant tousse, toux coqueluchoïde entraînant des vomissements. L'examen clinique du thorax reste négatif. La cuti-réaction devient fortement positive à partir du 19 mai.

Un cliché radiographique du thorax fait le 26 mai montre dans le champ pulmonaire gauche, juste en dehors de l'ombre cardiaque, dans la région juxta-hilaire, une ombre opaque, assez homogène, allongée verticalement (fig. 12) ; on ne décèle pas d'image pouvant à coup sûr être interprétée comme une ombre ganglionnaire.

Les signes cliniques régressent à partir des premiers jours de juin, la température redevenant normale, le poids remonte. L'image radiographique se nettoie assez rapidement.

L'enfant sort en bon état à la fin du mois d'août.

Ces observations, prises au hasard parmi beaucoup d'autres semblables, représentent bien le type de la « forme typhoïde de primo-infection tuberculeuse » chez le nourrisson, qui s'identifie parfaitement avec la typho-bacillose.

C'est un tableau clinique bien connu des pédiatres, à l'heure actuelle. C'est lui que Mlle Odier résumait en ces termes dans sa thèse sur « les formes curables de la tuberculose du nourrisson ».

« La courbe thermique peut présenter des aspects divers, la fièvre est fréquente. Tantôt à l'état subfébrile de la période de début succède un état franchement fébrile à 39°-40° qui correspond à la période d'état. La température se maintient à ce niveau avec de légères rémissions matinales pendant une dizaine de jours, parfois pendant plusieurs semaines, après lesquelles elle tend à redescendre, dessinant une ondulation régulière...

La courbe de poids prend le plus souvent une marche descendante plus ou moins accusée, coïncidant avec des troubles digestifs divers : inappétence, vomissements, diarrhée. L'enfant est triste, fatigué, a perdu son entrain.

La splénomégalie est fréquemment constatée... On saisit bien ainsi chez le nourrisson les différentes modalités de la primo-infection, surtout dans ces formes évolutives curables qui peuvent au maximum réaliser un tableau typique d'affection typhoïde, de typho-bacillose. »

Les deux observations précédentes présentent aussi un intérêt particulier, parce qu'elles montrent que le syndrome typho-bacillaire peut apparaître en même temps que la cuti-réaction devient positive et que s'installe l'image radiologique. Le fait que ces trois phénomènes peuvent être contemporains semble bien indiquer que la typho-bacillose peut véri-

tablement être une des toutes premières manifestations de la primo-infection.

On le voit, chez le nourrisson comme chez l'enfant, ces états typhoïdes dont l'allure clinique est calquée sur la typho-bacillose répondraient le plus souvent, en définitive, à une modalité de primo-infection tuberculeuse.

La typho-bacillose est surtout, de l'avis même de Landouzy, nous l'avons vu, une maladie de l'enfant et de l'adolescent ; il n'est donc point étonnant qu'elle ne soit, en réalité le plus souvent, qu'une manifestation de la tuberculose de primo-infection. Mais le syndrome typho-bacillaire se rencontre aussi, quoiqu'assez rarement à la vérité, chez l'adulte. Il aurait pu sembler, il y a quelques années, que dans ces cas, il eût été pratiquement impossible de lui décrire une semblable origine ; on considérait en effet que la primo-infection était l'apanage de l'enfant et de l'adolescent et qu'à l'âge adulte tous les sujets avaient une cuti-réaction positive, en tous cas dans la proportion de 97 à 99 %.

Au cours des années précédentes ces notions ont été révisées et il a paru que les observations faites précédemment n'avaient pas été suffisamment étendues à des catégories différentes de sujets.

Les auteurs américains et scandinaves à l'étranger ; en France de nombreux travaux, en particulier ceux de M. Troisier et de ses collaborateurs sont revenus sur ces conclusions, et tout récemment encore des communications, à la Société d'études scientifiques sur la

tuberculose de M. Courcoux d'une part, de MM. Pilod et Debenedetti d'autre part, ont de nouveau attiré l'attention sur cette question. De l'ensemble de ces travaux il ressort que la primo-infection tuberculeuse n'est pas aussi rare qu'on le croyait chez l'adulte ; au contraire, on observe fréquemment chez celui-ci, d'une part des cuti-réactions négatives, d'autre part des syndromes cliniques et radiologiques qui peuvent, d'une façon parfaitement justifiée, être rapprochés de la tuberculose de primo-infection.

Aussi ne sommes-nous point surpris de trouver chez l'adulte la primo-infection à l'origine de syndromes typho-bacillaires.

Cette notion, nous la trouvons formulée plus ou moins explicitement depuis de nombreuses années. Tel est le cas pour l'observation publiée en 1903 — vingt ans à peine après les premières publications de Landouzy — par MM. Sainton et Troisier, dans la Revue de la tuberculose.

Il s'agissait d'un homme de 21 ans, bien portant jusqu'alors qui présentait une affection simulant d'une façon parfaite — y compris quelques taches rosées — la fièvre typhoïde. Mais les examens de laboratoires furent négatifs à plusieurs reprises.

Au cours de l'évolution on nota un foyer de congestion pulmonaire à la base gauche. Au bout d'un mois de fièvre en plateau, on vit apparaître des signes de méningite qui firent pratiquer une ponction lombaire, celle-ci donna issue à un liquide céphalo-rachidien normal en tous points. Le malade mourut quinze jours

après. L'autopsie montra d'une part l'absence de lésions de fièvre typhoïde et d'autre part au niveau du lobe inférieur du poumon gauche — et seulement à ce niveau — l'existence d'un tubercule caséeux, avec à la surface du poumon quelques granulations discrètes. En outre on nota la présence de nombreux ganglions trachéo-bronchiques, indurés, caséeux. Tous les autres organes étaient normaux.

Les auteurs concluaient : « quand les signes méningés apparurent, il était fort difficile de poser le diagnostic soit de granulie avec méningite tuberculeuse, soit de fièvre typhoïde avec signes méningés... l'autopsie nous a donné la clef de ces constatations particulières. D'abord il n'y avait pas de fièvre typhoïde, il y avait tuberculose ; mais il ne s'agissait pas d'une granulie banale, mais *d'une tuberculose spéciale, absolument comparable à celle que l'on trouve chez les enfants tuberculeux où la lésion primitive, le chancre d'inoculation, est unique, et où partout ailleurs, le poumon ne présente que des lésions de congestion banale.*

C'est bien en effet, du point de vue anatomie macroscopique, le tubercule d'inoculation pulmonaire, accompagné de ses adénopathies, tel que l'a décrit par exemple M. Ribadeau-Dumas. Mais c'est aussi typiquement une observation de typho-bacillose, analogue aux descriptions de Landouzy. Il n'est pas jusqu'au caractère anatomique des lésions qui ne soit identique à celui que Landouzy rencontra au cours de rares autopsies qu'il a pu pratiquer, mais où, à vrai dire, il ne fait pas mention des adénopathies.

C'est aussi, sans aucun doute, dans le cadre des primo-infections tuberculeuses qu'il faut ranger l'observation publiée par MM. Caussade et Doumer sous le titre de « Typho-bacillose avec érythème polymorphe et congestion pulmonaire aiguë tuberculeuse. »

Il s'agissait d'une jeune infirmière de vingt ans qui présenta une poussée d'érythème polymorphe accompagnée d'un état typhoïde qui se prolongea plusieurs semaines et au cours duquel on vit évoluer un important foyer de congestion pulmonaire à la base droite, que les auteurs, fort judicieusement, font entrer dans le cadre des spléno-pneumonies. Une intra-dermo-réaction faite à la fin de l'évolution détermina un « placard rouge induré semblable en tous points à ceux qui s'étaient développés spontanément au début de la maladie ». La malade a d'ailleurs parfaitement guérie ; examinée plus de neuf ans après cet épisode morbide, elle était en parfait état de santé.

De nombreux faits analogues ont été signalés par différents auteurs, et la notion de typho-bacillose traduisant chez l'adulte une tuberculose de primo-infection est de plus en plus courante.

Tout récemment M. Troisier et ses élèves ont consacré plusieurs travaux à cette question et pour eux, la constatation chez l'adulte d'un syndrome typho-bacillaire est un des éléments sur lesquels on peut baser le diagnostic de primo-infection.

MM. Poix et Thoyer, de même, ont publié des observations très typiques, que nous reproduisons :

Obs. XIII (POIX et THOYER). — M... G., jeune homme de 20 ans, bien portant jusqu'en janvier 1933, aucun antécédent personnel ou familial à noter.

En janvier, le malade très fatigué par son service militaire fait un séjour d'une semaine à l'infirmerie de son régiment pour un épisode fébrile qualifié grippe. Il se plaignait à ce moment d'une fatigue très marquée ; sa température reste une dizaine de jours au voisinage de 39 et descend ensuite ; le malade peut reprendre son service quelques jours, restant toujours asthénique.

Il revient en permission chez ses parents à Paris le 10 février ; dès le lendemain de son arrivée, il est obligé de garder le lit et on lui trouve une température de 39°5.

A partir de cette date, pendant 43 jours, la température va rester au voisinage de 39° ; elle se maintient d'abord en plateau, puis elle oscille ensuite, dessinant nettement des poussées fébriles successives. Pendant toute cette période, le malade est très abattu, l'appétit est médiocre, la langue est saburrale, la constipation habituelle du sujet est devenue très accentuée.

A l'examen, on trouve une rate un peu augmentée de volume, percutable sur trois travers de doigt, non accessible au palper.

Aucun signe fonctionnel ou physique de foyer pulmonaire. Aucun symptôme de fièvre typhoïde, le sujet a d'ailleurs été vacciné récemment ; l'hémoculture et le séro-diagnostic négatifs. Les urines sont normales.

Une radiographie du thorax, faite en fin février, montre à gauche une opacité à peu près homogène, autour du hile, avec des limites nettes ; de l'autre côté le hile est seulement empâté ; des deux côtés des tractus partent du hile vers les deux clavicules et vers le diaphragme. Déferescence progressive du 52^e au 70^e jour de la maladie.

A la fin du mois d'avril, la température est normale,

l'amaigrissement se répare vite. Une nouvelle radiographie montre la disparition de l'empâtement péri-hilaire droit ; l'image normale persiste à gauche, avec des limites encore plus nettes.

Obs. XIV (POIX et THOYER). — D... Jacques, 20 ans, est né de parents sains, actuellement bien portants. Il a vécu en pleine campagne jusqu'à l'âge de 16 ans, sans avoir eu le moindre épisode pathologique qui puisse être attribué à la tuberculose.

En 1928, il vient travailler à Paris en qualité d'apprenti chez un joaillier, il a pour voisin d'atelier un vieil ouvrier qui tousse depuis des années ; ce dernier crache habituellement dans une des cases du parquet divisé en logettes pour permettre la récupération de la limaille des métaux précieux ; le jeune apprenti est chargé du nettoyage de cette case. Il semble qu'à ce moment se soit faite une contamination massive.

Après cinq mois apparaît un épisode aigu fébrile qui est qualifié de paratyphoïde. Après quelques jours de fatigue générale le malade est obligé de s'aliter avec de la fièvre ; la température reste en plateau au voisinage de 39° pendant trois semaines, puis descend progressivement à 37° en huit jours environ.

Pendant toute la durée de la fièvre le malade avait conservé son appétit et digérait bien. Malgré qu'il n'ait été pratiqué aucun examen de laboratoire le diagnostic de typho-bacillose, porté rétrospectivement, ne semble faire aucun doute.

Trois mois après cette typho-bacillose des signes de localisation thoracique apparaissent. Assez brusquement le malade est pris d'un point de côté et d'une toux quinteuse qui reste sèche. La fièvre reprend et monte à 40° durant trois ou quatre jours.

Le médecin appelé trouve des signes de pleurésie sèche à la base droite ; une ponction exploratrice est en effet négative. Le malade reste ensuite très fatigué, malgré d'une dizaine de kilos. Un repos de quatre mois à la campagne l'améliore, mais dès qu'il revient à Paris, et qu'il vient de reprendre son travail, la fièvre, l'amaigrissement et les douleurs thoraciques réapparaissent.

Aussi en avril, le malade décide-t-il de venir consulter au dispensaire Léon Bourgeois ; il est ensuite admis à l'hôpital Laënnec dans le service du Professeur Léon Bernard, où il séjourne deux mois.

Pendant ce premier séjour à l'hôpital, l'état général est bon, malgré une légère fièvre ne dépassant pas 38° le soir. On ne trouve aucun signe d'auscultation. La recherche des bacilles dans l'expectoration, d'ailleurs peu abondante, et dans les selles, est négative à plusieurs reprises ; mais la radiographie montre à droite deux ombres parahilaires dont le contour est à peu près circulaire, l'ombre inférieure a 3 centimètres de diamètre apparent, l'ombre supérieure est un peu plus petite ; toutes deux sont séparées de l'ombre cardiaque par la clarté de la bronche droite ; quelques tractus, au-dessus d'elles, montent vers la clavicule et dans la région axillaire la trame pulmonaire est plus accentuée qu'à gauche. À gauche, on ne note que quelques fins tractus entre hile et clavicule.

Le malade quitte l'hôpital après avoir gagné neuf kilos, il séjourne un an au sanatorium de Montfaucon.

Il est ensuite suivi régulièrement au dispensaire, son état général est d'abord excellent et il n'a aucun signe fonctionnel respiratoire. Sur ses clichés successifs, on assiste à la régression des lésions ganglio-pulmonaires ; les deux images circulaires se réduisent, en juillet 1930, à deux taches hilaires d'aspect calcifié ; des taches peu opaques persistent en regard dans la région axillaire. Les tractus inter-cléido-hilaires sont toujours aussi nets des deux côtés.

Enfin, en octobre 1932, le malade se met à tousser et à cracher, il maigrit et l'examen radiographique montre cette fois des taches dans les deux régions inter-cléidohilaires avec une caverne à droite. On trouve à l'auscultation des râles bulleux dans la fosse sus-épineuse droite, les crachats contiennent des bacilles de Koch.

Le malade est à nouveau admis à l'hôpital Laënnec où il est nettement amélioré par un traitement aurique.

Obs. XV (POIX et THOYER). — Th... Yves, étudiant en droit, très fatigué par ses études durant les années précédentes, fait en décembre 1930 une typho-bacillose : la fièvre, qui débute par une légère angine, persiste pendant cinquante jours, sans toux ni expectoration appréciables avec un amaigrissement de cinq kilos.

En janvier 1931, un séro-diagnostic donne un résultat douteux. L'auscultation ayant révélé des signes de lésion pulmonaire droite, le malade est proposé pour une cure sanatoriale et il est admis au sanatorium de Villiers-sur-Marne le 2 mars 1931.

A son entrée, le malade, dont l'état général est relativement satisfaisant, présente une température normale, ne tousse pas, crache peu, il se plaint de douleurs thoraciques et de troubles dyspeptiques.

A l'auscultation on constate une respiration granuleuse au sommet droit, sans signes adventices nets. L'examen bactériologique de l'expectoration est négatif. Le film radiographique fait à cette époque montre un empâtement péri-hilaire bilatéral plus accentué à droite, avec tractus plus développé qu'à l'état normal entre le hile et la clavicule des deux côtés.

Les mois suivants la température se maintient normale, le poids est stationnaire, les troubles dyspeptiques s'améliorent, l'état général est satisfaisant ; l'expectora-

tion est bacillifère par intermittence et les signes radiologiques ne présentent que des modifications peu appréciables.

Le malade quitte le sanatorium en novembre 1931, après neuf mois de séjour, pour faire de la cure libre associée au traitement aurique (4 gr. d'allochrysine).

Nous avons eu l'occasion de l'examiner en avril 1933 : la toux a disparu, une légère expectoration persiste dans laquelle depuis plus d'un an on ne constate plus de bacilles de Koch ; l'apyrexie est permanente, le poids atteint 65 kilogs. L'examen stéthacoustique ne révèle aucun signe anormal ; sur le film radiographique fait à cette époque, l'empâtement hilaire a presque complètement disparu des deux côtés.

L'observation suivante que nous devons à M. le Docteur Azoulay est encore plus typique.

Obs. XVI (inédate) (Docteur AZOULAY). — M... C..., 23 ans. Antécédents héréditaires : néant ; antécédents personnels : rougeole à 10 ans, sans complication.

En 1930, commence à tousser, expectoration muqueuse liée à l'existence d'une rhino-bronchite descendante. Le malade présente en effet une déviation de la cloison nasale extrêmement importante avec hypertrophie des cornets et sinusite chronique ayant résisté à tous les traitements.

L'examen radiologique des poumons pratiqué à ce moment ne révèle aucune anomalie (notons au niveau du hile gauche une petite ombre opaque circulaire qui représente l'image d'une artère pulmonaire (fig. 13) vue en coupe, avec accolée sur son côté gauche la coupe de la bronche).

Néanmoins, à la suite de quelques expectorations sanglantes, le malade est envoyé au sanatorium. Séjour de neuf mois en sanatorium où de multiples examens de crachats (trente-six) et de nombreuses inoculations au cobaye ont été négatives.

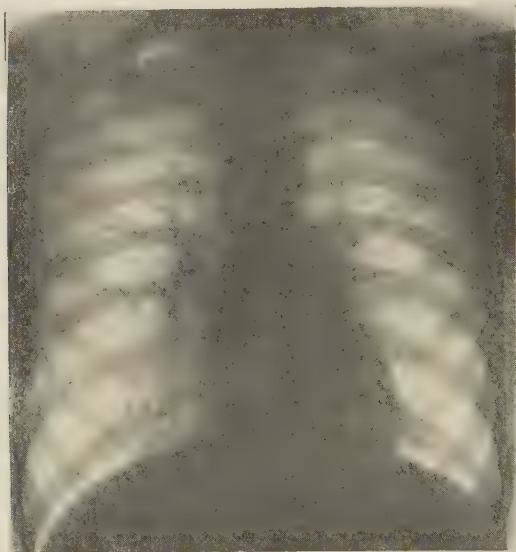


FIG. 13. — *Obs. XVI*

Image thoracique sensiblement normale. A noter au niveau du hile gauche une petite ombre circulaire qui est l'image d'une artère pulmonaire vue en coupe avec, accolée à son bord externe, l'image de la bronche.

Pendant cette période, pas de fièvre, bon état général, expectoration muqueuse. Le médecin du sanatorium pense à une dilatation cylindrique discrète de la base gauche, confirmée d'ailleurs par un examen lipiodolé.

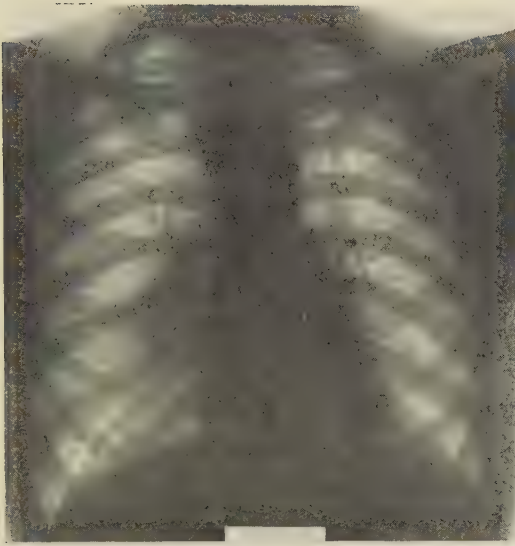


FIG. 14. — *Obs. XVI*

Ombre péri-hilaire droite
homogène : image de « hi-
lite ».

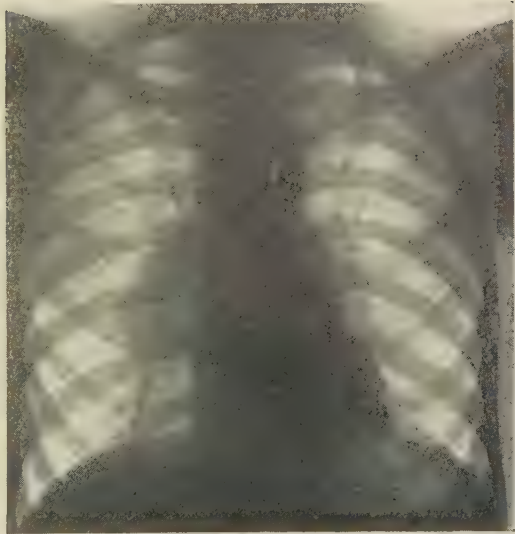


FIG. 15. — *Obs. XVI*

Ombre péri-hilaire droite
nettement plus large que sur
le cliché précédent. Ombre
ganglionnaire sur le bord
droit de la trachée.

Après son séjour au sanatorium, le malade rentre à Paris en 1931.

En mai 1931, le malade est pris de malaises s'accompagnant de céphalée et d'une température progressivement croissante qui s'établit en une dizaine de jours entre 39° et 40°.

Elle persiste ainsi pendant près de deux mois. Dans une première période elle est presque en plateau ; dans une deuxième période elle revêt les caractères de la température du stade amphibole avec de grandes oscillations.

Le malade est prostré, en proie à une céphalée importante. Il tousse et l'auscultation révèle de nombreux ronchus et sibilants aux deux bases, en particulier à la base droite. Le pouls est rapide mais légèrement dissocié avec la température : 100 à 110 pulsations pour une température de 39°8 à 40°. Pas de taches rosées lenticulaires, rate normalement percevable, diarrhée légère, amaigrissement très marqué.

A cette époque le Docteur Azoulay voit le malade et pratique une hémoculture, un séro-diagnostic et une cuti-réaction à la tuberculine ; le séro-diagnostic et l'hémoculture sont négatifs ; la cuti-réaction fortement positive. On conclut à une typho-bacillose et une radiographie pulmonaire décèle une ombre hilare et péri-hilaire droite ; le hile pulmonaire est ainsi quadruplé de volume ; l'ombre observée rappelle ce que l'on a l'habitude de voir dans la hilite de l'enfant (fig. 14).

L'évolution se poursuit lentement, et le malade après deux mois commence à entrer en convalescence ; sa température se régularise et au mois de juillet il reprend son poids et retrouve ses forces.

Une nouvelle radiographie pratiquée à cette période montre une augmentation de l'ombre péri-hilaire droite qui s'accompagne également d'une adénopathie juxta-trachéale droite du volume d'une amande (fig. 15).

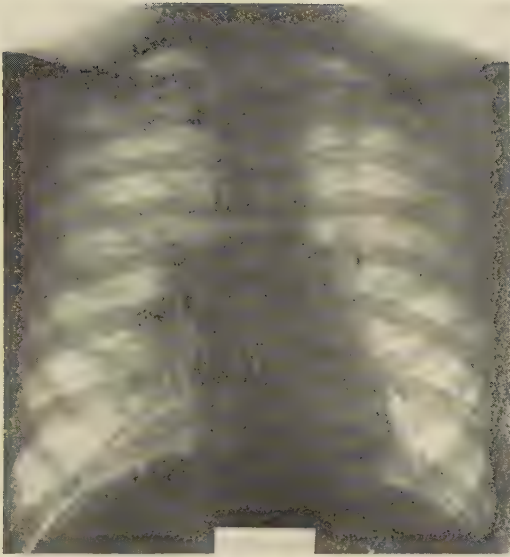


FIG. 16. — *Obs. XVI*

Radiographie faite un an après l'épisode fébrile. L'ombre hilair droite a considérablement diminué de volume. Le reste du parenchyme pulmonaire est intact.

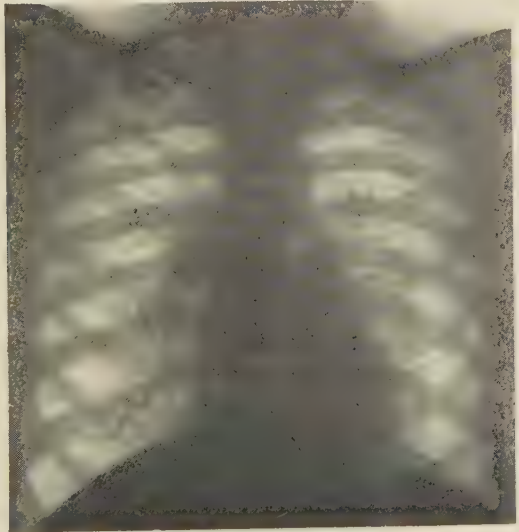


FIG. 17. — *Obs. XVI*

Radiographie faite huit mois après la précédente. Le hile droit reste augmenté de volume. Petit foyer d'infiltration sous-claviculaire droit.

Pendant cette période de nombreux examens de crachats ont été pratiqués, aussi bien par l'examen direct que par l'homogénéisation ; ils ont montré l'absence de bacille de Koch. Les crachats ont été portés au Docteur Oumansky qui a pratiqué des inoculations au cobaye pour la recherche de l'ultra-virus tuberculeux : cette recherche s'est montrée négative.

Le malade est envoyé pendant sept mois en sanatorium. Revu le 4 mai 1932, il présente une amélioration considérable ; radiographiquement l'ombre hilare a regressé de moitié, l'adénopathie juxta-trachéale droite n'est plus visible, le reste du parenchyme pulmonaire est intact (fig. 16).

En novembre 1932 apparaissent des hémoptysies répétées ; elles sont apyrétiques ; l'examen clinique et radiologique révèle un foyer congestif dans la région sous-claviculaire droite (fig. 17).

A cette époque l'examen des crachats par la méthode directe ne montre pas de bacille de Koch ; l'homogénéisation est négative, mais la culture sur milieu de Læwenstein montre la présence de bacilles acido-résistants pour la première fois.

En mai 1934 le malade présente à nouveau de petites hémoptysies. Son état général est bon, mais l'auscultation fait entendre quelques râles consonnants sous la clavicule droite.

La radiographie montre dans la région sous-claviculaire une infiltration de volume d'une grosse noix avec une petite clarté centrale. L'expectoration est bacillifère.

Cette observation représente bien le type de typho-bacilliose tel que l'a décrit Landouzy : état typhoïde en imposant au premier abord pour une dothiéntérie, guérison au bout de quelques semaines, puis après

une courte période de latence, apparition d'une localisation tuberculeuse flagrante. Mais c'est aussi le schéma d'une primo-infection sévère. Cet adulte jeune simplement porteur d'une ectasie bronchique, considéré à tort et sans preuve comme tuberculeux, est vraisemblablement contaminé au sanatorium. Quelques semaines après, la primo-infection se manifeste sous sa forme typhoïde qui évolue cependant vers la guérison. Enfin, dix-huit mois plus tard apparaît la tuberculose de réinfection sous la forme fréquemment rencontrée, d'infiltration sous-claviculaire. On voit par cet exemple particulièrement saisissant combien l'histoire clinique et évolutive de la typho-bacillose cadre parfaitement avec celle de la tuberculose de primo-infection.

Chez l'adulte d'ailleurs, comme chez l'enfant et le nourrisson, à côté des cas extrêmes où l'état typhoïde est à son maximum et simule d'assez près une dothiéntérie sévère, on rencontre d'une façon non exceptionnelle des formes moins bruyantes, qui sont encore cataloguées comme des typho-bacilloses et qui cependant n'évoluent qu'avec un masque typhoïde atténué. Des exemples récents nous en sont fournis par les quatre observations publiées par M. Troisier et reproduites dans la très intéressante thèse de son élève Nico. Dans ces quatre observations, particulièrement suggestives d'ailleurs, qualifiées par l'auteur de « typho-bacillose bénigne » et qui s'accompagnaient d'érythème noueux, la courbe fébrile fut de courte durée et souvent peu élevée ; jamais à proprement

parler on n'observa d'état typhoïde ; la guérison survint dans tous les cas, et se maintient depuis.

« C'est, écrit Nico dans sa thèse, la bénignité de la symptomatologie clinique immédiate — la phase fébrile aiguë de la phase de localisation— qui avait frappé mon Maître. »

Ces formes correspondent à ce que Landouzy décrivait comme des formes atténuées de typho-bacilliose. « à type de typhoïdette ou d'embarras gastrique fébrile ». Mais elles font surtout la liaison avec les cas où la primo-infection tuberculeuse se manifeste seulement par quelques signes discrets : élévation légère et éphémère de la température, fatigue passagère, léger amaigrissement. Elles montrent bien, en définitive, que la typho-bacilliose, la plupart du temps et en dehors des cas de poussées évolutives banales que nous avons envisagés au début de cette étude, ne représente, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, qu'une modalité de la tuberculose de primo-infection ; qu'elle n'est somme toute, qu'une simple forme clinique, une forme typhoïde de cette primo-infection ; l'image radiographique d'un part — complexe ganglio-pulmonaire ou spléno-pneumonie — la cuti-réaction fortement positive d'autre part en font foi.

Chaque fois, en effet, — nous l'avons vu dans les observations que nous avons rapportées — qu'au cours d'un syndrome typho-bacillaire, il a été pratiqué une cuti-réaction à la tuberculine, celle-ci s'est montrée fortement positive ; chaque fois aussi que l'examen radiologique a été pratiqué, il a fait découvrir

une localisation pulmonaire ou ganglio-pulmonaire contemporaine de l'état typhoïde. C'est du moins ce qui s'est passé dans l'immense majorité des cas.

Il peut exister cependant des typho-bacilloses au cours desquelles un examen radiologique, même bien conduit, ne permet pas de déceler une image thoracique pathologique. Suffisent-elles pour infirmer la règle que nous avons énoncée et reposer le problème pathogénique de la typho-bacillose ? Nous ne le pensons pas.

Il ne nous paraît pas, en effet, qu'un examen négatif puisse faire conclure formellement à l'absence de toute lésion. Il est plus vraisemblable de penser que la radiologie ne nous donne pas encore la clef de tous les problèmes de cet ordre, et qu'un certain nombre de localisations pulmonaires échappe encore à son investigation ; c'est là d'ailleurs une opinion communément acceptée à l'heure actuelle et remise tout dernièrement d'actualité par les travaux de M. Bezançon et de ses collaborateurs sur les cracheurs de bacilles chez lesquels une recherche minutieuse ne laisse découvrir aucune altération pathologique. De même M. Stéphani a évoqué dans un article récent ces tuberculoses pulmonaires qui échappent réellement à l'investigation radiologique.

Pour la primo-infection, le problème est sans doute encore plus simple si on se rappelle qu'il y a souvent, dans ces cas, disproportion entre les lésions pulmonaires et ganglionnaires, et que les adénopathies médiastinales sont particulièrement difficiles à mettre en

évidence. Aussi pensons-nous que les rares cas de syndrome typho-bacillaire où l'examen radiologique ne décèle aucune image pathologique, peuvent, jusqu'à preuve du contraire, être rangés le plus souvent, comme les faits précédemment décrits, dans le cadre de la primo-infection tuberculeuse.

L'étude de la cuti-réaction à la tuberculine apportera d'ailleurs un élément important de diagnostic, puisque les grandes pyrécies sont habituellement anergisantes.

Ainsi on voit qu'en présence d'un syndrome clinique à allure de fausse fièvre typhoïde, il ne suffit pas de poser le diagnostic de typho-bacilliose. Il faut en réalité faire la preuve de la tuberculose sous-entendue par ce mot, et déterminer sa localisation.

Nous l'avons vu chemin faisant, c'est avant tout l'examen radiologique du thorax qui constitue l'épreuve capitale. C'est lui qui apporte immédiatement la clef du diagnostic. Et bien évidemment — nous l'avons vu aussi — la lésion décelée par la radiographie est variable suivant les cas : souvent c'est un complexe ganglio-pulmonaire que l'on découvre, une hilite, comme l'on dit couramment ; d'autres fois c'est une ombre plus importante de spléno-pneumonie. Il est fréquent aussi de constater une image de scissurite accompagnant un chancre d'inoculation plus ou moins net qui semble bien être alors le point de départ de ces lésions scissurales. A un degré de plus c'est un véritable épanchement pleural, parfois assez peu abondant pour que sa traduction stéthacoustique soit minime.

Dans d'autres cas c'est une image de tuberculose pulmonaire chronique banale que l'on découvre : foyer d'infiltration plus ou moins dense, parfois excavé. Ou bien encore ce peut être un aspect micronodulaire discret.

Mais outre la radiologie, il est un excellent test

qu'en présence de ces syndromes typhoïdes imprécis on devra systématiquement pratiquer, c'est la cuti-réaction à la tuberculine. Elle a en effet l'avantage d'être une épreuve extrêmement simple toujours réalisable, quelles que soient les conditions sociales ou autres ; elle ne nécessite aucun appareillage compliqué, et aucun entraînement spécial du médecin. Or, dans les formes particulières de tuberculose qui nous occupent, elle est presque toujours — pratiquement toujours — non seulement positive, mais fortement positive. Elle constitue donc un excellent moyen de diagnostic puisque, comme nous l'avons déjà dit, les grandes pyrexies s'accompagnent habituellement d'une cuti-réaction négative. Ce devra donc être la règle en présence d'une affection à forme typhoïde mal définie de pratiquer une cuti-réaction, aussi bien et plus facilement même qu'on fait une hémoculture et un séro-diagnostic.

Et ainsi, grâce à ces deux explorations : radiologie et cuti-réaction, le diagnostic vague de typho-bacillose sera le plus souvent rapidement remplacé par la notion précise d'une localisation de l'infection tuberculeuse.

Nous pensons donc que le syndrome typho-bacillaire répond pratiquement toujours à une localisation pulmonaire ou ganglio-pulmonaire de la tuberculose.

Ceci nous dispense de nous étendre longuement sur les discussions pathogéniques qu'a soulevées la typho-bacillose, en particulier sur l'opinion de Landouzy et de ses élèves qui en faisaient une septicémie bacillaire.

En effet, quel que grand que soit par ailleurs l'intérêt de l'expérimentation sur l'animal ; quelles que soient les interprétations soulevées par le fait que l'injection intra-veineuse de bacilles tuberculeux au lapin, au singe ou au bovidé, entraîne un épisode fébrile plus ou moins aisément rattachable à la typho-bacillose, pour nous, un fait domine : c'est que toujours ou presque toujours on trouve une localisation tuberculeuse contemporaine du syndrome typho-bacillaire.

Il est possible, il est même certain qu'on puisse déceler la bacillémie au cours de nombreux cas de typho-bacillose. Mais à ce propos, deux remarques s'imposent : c'est premièrement qu'on ne peut mettre en évidence cette bacillémie que dans un certain nombre de cas seulement. Sur les quatre observations publiées par M. Troisier et que nous avons déjà citées, une fois seulement on a pu déceler le bacille de Koch dans le sang. Nous-même dans les deux cas où nous avons pu

pratiquer cet examen, nous avons obtenu un résultat négatif.

Aussi bien la fréquence de pareils résultats négatifs a déjà frappé la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question. « La pathogénie de la typho-bacilliose prête à discussion, écrivent MM. Arloing et Dufourt. Landouzy pensait à une septicémie bacillaire, mais la recherche des bacilles dans le sang et l'inoculation au cobaye du sang des typho-bacillaires ont donné très rarement des résultats positifs ». Cette bacillémie est donc loin d'être constante, et quand on la rencontre, elle est plus vraisemblablement due au fait qu'il s'agit d'une primo-infection tuberculeuse. Or dans ce dernier cas la bacillémie, qui est fréquente, n'est nullement fonction de l'allure clinique de l'affection et de l'élévation de la courbe thermique.

En outre, la bacillémie, — même en tenant compte des restrictions apportées un peu partout aux affirmations de Lœwenstein — est assez souvent constatée dans les formes cliniques les plus différentes de la tuberculose, voire même, comme l'a montré M. Troisier, au cours d'affections très diverses, comme une pneumonie lobaire franche aiguë, une méningite cérébro-spinale, une endocardite d'Osler.

Il nous paraît donc difficile de la considérer comme la cause essentielle de l'aspect clinique particulier du syndrome typho-bacillaire.

L'existence de la bacillémie au cours de la typho-bacilliose a paru si problématique aux différents chercheurs, qu'ils se sont ingéniés à découvrir à l'origine

d'un pareil syndrome une forme atypique du bacille de Koch. On a ainsi isolé du sang de typho-bacillaires, au cours d'observations d'ailleurs assez rares, les éléments les plus variés pouvant se rattacher au bacille acido-résistant : bacilles non acido-résistants, éléments granulaires, représentant les formes jeunes du bacille, ultra-virus, etc... Toutes ces recherches sont encore trop confuses et trop controversées pour qu'on puisse en faire état. Elles ne nous semblent pas suffisamment établies pour infirmer ce que nous avons voulu montrer : que la typho-bacilliose ne représente en aucune façon une entité nosologique distincte, qu'il n'y a pas à proprement parler de typho-bacilliose ; les faits décrits sous ce nom ne représentent que de simples aspects cliniques particuliers, des « formes typhoïdes » de la tuberculose pulmonaire. Une pareille forme peut correspondre à des lésions différentes de tuberculose pulmonaire, le plus souvent elle traduit la localisation ganglio-pulmonaire d'une tuberculose de primo-infection.

Un point encore, dans l'histoire de ces formes typhoïdes de primo-infection tuberculeuse, mérite d'être signalé : c'est la question de leur évolution et de leur pronostic.

Il y a en effet une chose qui ne manque pas d'être frappante : c'est que ces malades qui paraissent en proie à une infection sévère semblent guérir le plus souvent ; mais cette guérison n'est qu'éphémère et ils sont voués presque fatalement à une évolution ultérieure de la tuberculose, évolution habituellement très rapprochée.

A ce propos, nous devons rendre hommage à la mémoire de Landouzy ; bien que ces formes de la tuberculose atypique fussent déjà connues et décrites avant cet auteur, c'est tout de même lui qui a insisté et attiré particulièrement l'attention sur elles. C'est lui surtout qui a bien montré leur évolution assez spéciale et la sévérité habituelle du pronostic d'avenir.

« C'est qu'en effet, écrit-il, ils sont le petit nombre, ceux qui guérissent complètement, définitivement de la fièvre bacillaire prétuberculeuse. Vous avez vu, par la description des faits nombreux que je vous ai rapportés, combien ces typhiques bacillaires guéris de leur fièvre demeuraient en gestation de tuberculose, puisque des semaines, des mois ou des années après la convalescence des dites fièvres muqueuses, ils faisaient quelque une des localisations tuberculeuses. »

Il est en effet assez curieux de constater que chez ces malades la tuberculose prend fréquemment une allure inusitée. Dans l'évolution courante de la tuberculose les accidents de primo-infection se manifestent dans l'enfance et c'est seulement dans le courant de l'adolescence ou même beaucoup plus tard — de toute façon de nombreuses années après — que l'on voit apparaître une lésion de réinfection. Chez nos malades au contraire, c'est très rapidement que s'installe la phase ultérieure de la tuberculose, quelques mois ou un petit nombre d'années après l'épisode primitif. Le cycle de la tuberculose, la succession de ses différentes phases, paraissent comme raccourcis. Notre observation XVI est très frappante à ce propos. Et dans la plupart des observations de Landouzy, comme dans celles qui ont été publiées depuis, on note presque toujours que c'est peu de temps après l'épisode aigu qu'une tuberculose locale fait son apparition.

Ainsi voilà des malades qui présentent une infection tuberculeuse d'allure sévère ; malgré cela ils résistent victorieusement à cette infection qu'on ne voit pratiquement jamais évoluer vers une tuberculose progressive d'emblée ; ils semblent donc se défendre d'une façon particulièrement efficace contre l'infection tuberculeuse, du moins au début. Et puis, peu de temps après, ils présentent une nouvelle localisation de cette tuberculose dont ils avaient paru triompher.

A quoi faut-il attribuer ces faits ? Ce que nous avons dit de la bacillémie nous incite à penser qu'il ne faut pas y chercher la cause de pareilles constatations. De

même si on doit incriminer une forme particulière du bacille, les recherches actuelles sur les formes jeunes du bacille ou l'ultra-virus ne permettent pas, nous semble-t-il, de conclure en leur faveur. Peut-être pourrait-on avec plus de vraisemblance mettre en cause la quantité du virus infectant. Mais il faut surtout, pensons-nous, aiguiller les recherches — recherches d'ailleurs très au-dessus de nos capacités personnelles — dans le sens de l'étude du terrain chez ces malades.

Il est vraisemblable, et d'ailleurs pas du tout original, d'imaginer ces malades possédant, par leurs dispositions héréditaires et aussi par leurs dispositions momentanées, la capacité de répondre d'une façon particulièrement violente à une infection donnée. Et en dernière analyse, les deux hypothèses qui précèdent peuvent cadrer parfaitement.

C'est ainsi qu'on peut imaginer, en présence d'une infection massive, ces malades possédant, grâce à leur terrain, la faculté de mettre en jeu des réactions violentes qui leur permettent de triompher momentanément (et le fait qu'on trouve dans ces cas une cuti-réaction fortement positive semble être une indication dans ce sens) ; mais ultérieurement la gravité de l'infection reprend ses droits et déclanche à nouveau une évolution morbide.

Parfois cependant la maladie est définitivement dominée ; elle s'en tient au seul épisode de primo-infection, son cycle évolutif est arrêté là. Landouzy en avait vu quelques cas et depuis on en a observé bien d'autres. A ce propos, il n'est pas indifférent de remarquer que ce sont souvent les formes typhoïdes de pri-

mo-infection accompagnées de poussées d'érythème — érythème noueux ou érythème polymorphe — qui conservent le meilleur pronostic d'avenir, comme si l'organisme possédait là un moyen particulièrement efficace de juguler l'infection tuberculeuse.

CONCLUSIONS

Landouzy a eu le grand mérite d'insister d'une façon toute particulière sur ces formes spéciales de la tuberculose auxquelles il a donné le nom de typho-bacillose. C'est lui qui a bien mis en lumière l'origine tuberculeuse de ces fausses fièvres typhoïdes.

Mais la conception qu'il se faisait de la typho-bacillose nous paraît aujourd'hui notablement modifiable; cette affection doit être en quelque sorte démembrée, grâce aux moyens d'investigation que nous possédons actuellement.

La typho-bacillose en effet ne représente qu'un aspect clinique spécial, une « forme typhoïde » de l'infection tuberculeuse.

Du point de vue clinique, elle est très analogue aux différents états typhoïdes réalisés en pathologie par des affections très diverses, et la clinique seule ne permet pas de la distinguer des autres formes typhoïdes de la tuberculose. Elle ne constitue somme toute qu'un mode réactionnel particulier. En présence d'un pareil syndrome clinique il faut s'ingénier à découvrir quel est le substratum anatomique qui est à la base de pareilles réactions morbides.

Du point de vue anatomique en effet elle répond, pratiquement toujours, à des localisations diverses

mais précises : ganglio-pulmonaires, pulmonaires ou pleurales. Ces localisations ont souvent une traduction clinique imprécise, d'où la nécessité de toujours pratiquer un examen radiologique complet.

Le plus souvent on découvre ainsi une lésion de primo-infection tuberculeuse, et c'est ce qui explique qu'un pareil syndrome se rencontre surtout dans le jeune âge.

Mais même chez l'adulte la constatation, dans ces circonstances, d'une tuberculose de primo-infection est loin d'être exceptionnelle. L'aspect radiologique de ces lésions de primo-infection est variable : complexe ganglio-pulmonaire plus ou moins important, spléno-pneumonie, image hilo-scissurale et même épanchement pleural; quoi qu'il en soit toujours dans ces cas on trouvera une cuti-réaction fortement positive, épreuve qui constitue ainsi un test de première valeur.

D'autres fois on découvre un aspect radiologique témoignant d'une lésion qu'on ne peut rattacher à coup sûr à une phase précise de l'évolution tuberculeuse : aspect micro-nodulaire discret, épanchement pleural accompagnant des lésions pulmonaires plus ou moins frustes.

Parfois enfin c'est une image typique de tuberculose pulmonaire chronique banale, tuberculose de réinfection: infiltration plus ou moins étendue, excavée ou non, et souvent inaudible.

Quoi qu'il en soit, pratiquement, en présence d'un pareil syndrome clinique, le diagnostic sera étayé sur deux explorations capitales: la radiologie, la cuti-

réaction; l'importance pratique de cette dernière est grande du fait surtout qu'elle constitue une épreuve très facile à réaliser ;

Le pronostic d'avenir de ces formes typhoïdes de primo-infection tuberculeuses qui constituent la majeure partie des typho-bacillooses est important à considérer. En effet, chez ces malades, la tuberculose prend un aspect particulier : son évolution générale est comme raccourcie ; ses manifestations ultérieures sont plus précoces et souvent graves. De pareils malades doivent donc être considérés comme gravement atteints ; c'est un point sur lequel Landouzy avait judicieusement insisté.

On doit en conséquence leur imposer une cure stricte et prolongée, et les soumettre ultérieurement à une surveillance attentive.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE.
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — La tuberculose pulmonaire de l'adolescent. (*Thèse de Paris*, 1932).
- Intérêt de la cuti-réaction à la tuberculine dans la pratique journalière. (*La Clinique*, juin 1934, A).
- AMEUILLE. — L'adénopathie médiastinale de l'adulte. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 16 juillet 1926).
- ARBORELIUS et AKERREN. — Beitrag Zur Kenntniss der Pathogenese der exsudativen pleuritis. (*Acta Med. Scand.*, t. LXVI, 1927).
- ARLOING. — La bacillémie tuberculeuse. (*Jour. de Méd. et de Chirurg. Pratiques*, 10 mai 1934).
- ARLOING et DUFOUR. — Présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang d'enfants atteints de typho-bacillose avec ou sans érythème noueux. (*Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris*, 8 avril 1930).
- ARMAND DELILLE. — La fièvre de tuberculisation et son diagnostic chez l'enfant. (*Monde Médical*, 15 mars 1924).
- ARMAND DELILLE, LESTOCQUOY et HUGUENIN. — La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Legrand, 1933.
- AVIRAGNET. — De la tuberculose chez les enfants. (*Thèse Paris*, 1892).
- AVIRAGNET et TIXIER. — Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. (*Arch. de Méd. des Enfants*, mai-juin 1911).

- AZOULAY. — Contribution à l'étude radiologique de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant. (*Bull. Soc. Méd. Dispens. antitub. de l'O. P. H. S. de la Seine*, mai 1930).
- BABONNEIX et NOBÉCOURT. — Traité de Médecine des Enfants, tome I et III. Masson, 1934.
- BARD. — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. Kündig, édit., Genève, 1901.
- BERNARD (Léon). — La typho-bacillose. (*Rev. Méd. Franç.*, juin 1930).
- Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire. Masson, 1931.
- BERNARD (Léon) et PARAF. — Tuberculose évolutive du nourrisson. (*Annales de Médecine*, juin 1926).
- L'érythème noueux, manifestation de primo-infection tuberculeuse. (*Ann. de Méd.*, octobre 1929).
- BERNARD, SALOMON et Marcel LELONG. — Sur un cas de tuberculose de l'adulte à forme ganglionnaire. (*Annales de Médecine*, octobre 1927).
- BEZANÇON. — Fièvre et tuberculose pulmonaire. (*Annales de Médecine*, décembre 1924).
- BEZANÇON, BRAUN et MEYER. — Les cracheurs de bacille de Koch sans lésions apparentes. (*Presse Médicale*, 9 mai 1934).
- BONNEMAISON. — Essai de Clinique Médicale. Toulouse 1874.
- BROCA. — Tuberculose chirurgicale. Paris, Baillière et fils.
- CAUSSADE et DOUMER. — Granulie pleuro-pulmonaire à allure clinique de typho-bacillose chez un diabétique. (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 24 juin 1921).
- Typho-bacillose avec érythème polymorphe et congestion pulmonaire aiguë tuberculeuse. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 9 juillet 1920).

- Guérison absolue datant de 9 ans 1/2 d'une typho-bacilliose ayant évolué avec un érythème polymorphe. Considérations sur les érythèmes polymorphes et sur la typho-bacilliose. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 21 juin 1929).
- CLAISSE. — Typho-bacilliose. Diagnostic, pronostic et indications thérapeutiques. (*Clinique Méd. Infantile*, 20 mai 1910).
- COMBY. — La typho-bacilliose de Landouzy chez les enfants. (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 24 juin 1921).
- COURCOUX et ALIBERT. — Tuberculose pulmonaire chez l'adolescent. (*Paris Médical*, 7 janvier 1923).
- COURCOUX, BIDERMAN, ALIBERT et BUCQUOY. — La primo-infection tuberculeuse chez les étudiants et les infirmières. (*Soc. d'étud. scientif. sur la tubercul.*, 12 mai 1934).
- DEBRÉ et BONNET. — Origine tuberculeuse d'une période fébrile avec splénomégalie reconnue par la présence de bacilles dans les ganglions du cobaye inoculé avec le sang du malade. (*Presse Médicale*, 1^{er} décembre 1928).
- DEBRÉ et CORDEY. — Sur l'étiologie et la pathogénie de la tuberculose de la deuxième enfance. (*Paris Médical*, 27 janvier 1926).
- DEBRÉ et Mlle PETOT. — Les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (*Gazette Méd. de France*, 1^{er} novembre 1932).
- DEBRÉ et LAPLANE. — Etude clinique du début de la tuberculose humaine. (*Presse Méd.*, 2 février 1924).
- DEBENEDETTI. — (*Société d'Etudes scientifiques sur la Tuberculose*, 16 juin 1934).
- DELARUE. — Les formes anatomo-cliniques des granulies pulmonaires. (*Thèse Paris*, 1930. Arnette, édit.).
- DUFOUR (A.). — Trois cas d'érythème noueux tuberculeux chez des enfants. (*Soc. Méd. Hôp. de Lyon*, 27 fév. 1923, in *Lyon Méd.*, 10 juin 1923).

- Primo-infection et réinfection tuberculeuse chez l'enfant. (*Jour. de Méd. de Lyon*, 20 février 1931).
- DUFOUR (A.) et Etienne MARTIN. — La typho-bacillose de Landouzy et sa pathogénie. (*Jour. de Méd. de Lyon*, 20 février 1932).
- DUMAREST et MOLLARD. — Les tuberculoses aiguës sans localisation apparente. (*Rev. de la Tuberculose*, juillet 1930).
- EMPIS. — De la Granulie. Paris, 1865.
- FAURE-BEAULIEU et Mlle BRUN. — Etude bactériologique et expérimentale d'un cas de typho-bacillose. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 13 juillet 1934).
- GÉNÉVRIER. — Adénopathie médiastine tuberculeuse de l'adulte. (*Rev. de la Tuberculose*, juin 1924).
- GHON et POTOTSCHNIG. — Über den primären lungenherd beim Erwachsenen nach initialer kindheitsinfektion u. nach initialer spätinfektion... (*Beitr. z. Klin. d. Tub.*, t. XLI, 1919).
- GIOVANNI (Pie). — Due casi di sindrome clinica di tifo-bacillosi del Landouzy per tuberculosi delle ghiandole ilari. (*Il Morgagni*, 7 octobre 1928).
- GIRAUD. — Les conceptions allemandes dans l'évolution de la tuberculose. (*Rev. de la Tuberculose*, n° 1, 1924).
- GOUGEROT. — La typho-bacillose de Landouzy ; diagnostic bactériologique à la période d'état. (*Presse Méd.*, 22 août 1908).
- La reproduction expérimentale de la typho-bacillose de Landouzy. (*Rev. de Médecine*, 1908).
- GRANDCHAMP. — La typho-bacillose de Landouzy. (*Thèse Paris*, 1908).
- HÉRARD et CORNIL. — De la phtisie pulmonaire. Paris, 1867.
- HUARD. — Le pronostic de la typho-bacillose. (*Thèse Paris*, 1910).

- HUTINEL (V.). — Typho-bacillose et adénopathie médiastinale. (*Rev. de la Tubercul.*, n° 1, 1910).
- HUTINEL (J.) et LANTUÉJOUL. — Fièvre d'allure typhoïde chez un nourrisson après vaccination au B. C. G. (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 1931).
- ILVENTO. — La tuberculose chez les écoliers et les étudiants. (*Bull. de l'Union Internat. contre la Tubercul.*, janvier 1932).
- JOUSSET. — Bacillémie tuberculeuse. (*Semaine Méd.*, 12 janv. 1903 et 14 septembre 1904).
- Septicémie tuberculeuse expérimentale. (*Jour. de Phys. et de Pathol. générale*, 19 septembre 1904).
- Existe-t-il un ultra-virus tuberculeux ? (*Presse Médicale*, 18 août 1934).
- LANDOUZY. — Fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë. (*Gaz. des Hôpit.*, 14 janv. 1886 ; *Jour. de Méd. et de Chir. pratiques*, 1885, p. 488).
- De la fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde. Typho-bacillose. (*Semaine Médicale*, 3 juin 1891).
- La typho-bacillose. (*Presse Médic.*, 24 octobre 1908).
- La typho-bacillose. Exposé des travaux scientifiques, 1910.
- LAPLANE (Mme). — La spléno-pneumonie tuberculeuse dans la petite enfance. (*Thèse Paris*, 1927).
- LESTOCQUOY. — Considérations générales sur la tuberculose pulmonaire de l'enfant et de l'adolescent. (*Vie Médicale*, 10 mars 1933).
- LEUDET (Th.-E.). — Recherches sur la phtisie aiguë chez l'adulte. (*Thèse Paris*, 1851).
- LEVESQUE (J.). — Tuberculose pulmonaire de l'enfance. La typho-bacillose. (Traité de Méd. des Enf., Babonneix-Nobécourt, t. III).

- Etude des phases de la tuberculose infantile. (*Bulletin Médical*, 29 avril 1933).
 - Sur le pronostic de la tuberculose infantile. (*Bulletin Médical*, 29 avril 1933).
 - Etude clinique de la tuberculose infantile. Paris, Masson, 1931.
- LIBIN. — Les fièvres continues tuberculeuses de l'enfant. (*Thèse Paris*, 1910).
- MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance. Paris, Masson, 1926.
- MAY (W). — Die stellung der pleuritis in klinischen bilde der tuberkulose. (*Zeitschrift für Tub.*, t. 50, 1928).
- MOURIQUAND, BERNHEIM et PUIG. — La phase radiographique de la granulie pulmonaire chez l'enfant. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 5 juin 1928).
- NICO. — La primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Thèse Paris*, 1934, Arnette, édit.).
- NOBÉCOURT. — La typho-bacillose chez les enfants. (*Monde Médical*, 1^{er} avril 1922).
- NUVOLI. — Contribution au diagnostic différentiel entre typhoïde et typho-bacillose. (*Policlinico*, 1930).
- ODIER (Mlle). — Les formes curables de la tuberculose du nourrisson. (*Thèse Paris*, 1927. Arnette, édit.).
- PÉHU et PERCHE. — L'infiltration spTéno-pneumonique tuberculeuse dans l'enfance. (*Revue de Médecine*, 1934).
- PERRAULT. — Essai sur la bacillémie et la dispersion bacillaire au cours de la tuberculose pulmonaire humaine. (*Thèse Paris*, 1934).
- PHÉLEBON. — La primo-infection tuberculeuse est-elle toujours une maladie de l'enfance ? Une expérience rurale. (*Presse Médicale*, 17 septembre 1927).
- PHILIBERT. — La typho-bacillose. Revue générale et critique. (*Monde Médical*, 15 janvier 1911).

- PIDOUX. — Etudes générales et pratiques sur la phtisie. Paris, 1873.
- POIX et THOYER. — Typho-bacillose et tuberculose ganglio-pulmonaire. (*Annales de Méd.*, octobre 1933).
- RANKE. — Primäre, secundäre und tertiäre tuberkulose des menschen. (*Münsch. Med. Wochensch.*, 1917, t. I, p. 305).
- Die tuberkulose des verschiedenen libensalter. (*Münch. Med. Wochensch.*, 1913, II, p. 2153).
- RAVINA. — La typho-bacillose. (*Presse Médicale*, 20 juillet 1929).
- RIBADEAU-DUMAS. — Tuberculose ganglio-pulmonaire du nourrisson. (*Rev. de la Tuberculose*, 1923, p. 15.).
- Tuberculose du nourrisson. (*La Clinique*, 12 décembre 1913).
- Les débuts de la tuberculose pulmonaire. Paris, 1925.
- Les réactions pérítuberculeuses du poumon de l'enfant. (*Jour. de Méd. et de Chir. pratiques*, 25 décembre 1919).
- Le tubercule d'inoculation pulmonaire infantile. (*Rev. de la Tuberculose*, 1920, n° 1).
- RIBADEAU-DUMAS et DEBRÉ. — Etude diagnostique sur la tuberculose pulmonaire de la première enfance. (*Paris Médical*, 1^{er} février 1913).
- RIBADEAU-DUMAS, DEBRÉ et ROLLAND. — La lésion initiale de la tuberculose pulmonaire. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1^{er} mai 1914).
- RIBADEAU-DUMAS et BÉCLÈRE. — Evolution de la lésion initiale de la tuberculose chez l'enfant du premier âge. (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 4 juillet 1919).
- RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, t. III, Paris, 1843.

RIST et LEVESQUE. — Contribution à l'étude du diagnostic et du pronostic de la tuberculose pulmonaire de primo-infection chez l'enfant. (*Rev. Franç. de Pédiatrie*, 1928, n° 3).

— Contribution à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant. (*Rev. de la Tuberculose*, février 1930).

SAENZ. — Nouvelles recherches sur la bacillémie tuberculeuse. (*Presse Médicale*, 6 décembre 1933, et *Rev. Sud-Améric. de Méd. et de Chirurg.*, janvier 1934).

SAINTON et VOISIN. — Tuberculose ganglionnaire à forme toxique chez l'adulte. (*Rev. de la Tuberculose*, 1903).

SÉGARD. — Etude sur la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. (*Thèse de Paris*, 1913).

SERGET, BORDET et DURAND. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire. Paris, 1931.

SOULEYRE. — A propos d'un cas de typho-bacillose. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1922).

SOURDILLON (Mlle). — Sur les premières manifestations cliniques ou radiologiques de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (*Thèse Paris*, 1932).

STÉPHANI et MOLLARD. — La tuberculose a-t-elle toujours une expression radiologique ? (*Presse Médicale*, 22 août 1934).

THIRIAL. — Considérations sur quelques points particuliers de la diathèse tuberculeuse. (*Jour. de Méd. de Trousseau*, 1844).

— (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 1854).

TRÉMOLLIÈRES et MOUSSOIR. — Granulie froide subaiguë à forme toxique. (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 1928).

TROISIER et DE SANCTIS MONALDI. — Typho-bacillose expérimentale du singe et de l'homme. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1933).

- TROISIER, BARIÉTY, DE SANCTIS MONALDI et NICO. — La primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 10 novemb. 1933, et *Ann. de Médecine*, juin-juillet 1934).
- TROISIER, DE SANCTIS MONALDI, CATTAN et Mme KOURILSKY. — Bacillémie tuberculeuse au cours d'infections aiguës non tuberculeuses. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, nov. 1932).
- TROISIER, DEVELAY (Mlle) et WEISS-ROUDINESCO. — Sensibilité à la tuberculine provoquée chez le vieillard par le B. C. G. (*Presse Médicale*, 30 janvier 1929).
- TURQUETY. — La cuti-réaction dans le diagnostic de la tuberculose des nourrissons à ses différentes périodes. (*Jour. de Méd. de Paris*, 1924, p. 607).
- WALLGREN (Avid). — Initial fever in tuberculosis (*Amer. Jour. of diseases of Children*, oct. 1928).
- WEILL et MOURIQUAND. — Typho-bacillose de Landouzy et localisation tardive de l'infection tuberculeuse aiguë chez l'enfant. (*Presse Médicale*, 27 novembre 1909).



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



